

ケアマネジメント連絡用紙

NO. 1

【依頼元機関】
事業所名 _____
担当者 _____



【依頼先機関】

大野中央病院 通所リハビリテーション

TEL/FAX : 047 - 372 - 8055

担当者 田口・菅井

氏名	<small>(フリガナ)</small>	男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)
住所			
電話番号	—	—	

被保険者番号	保険者番号
要介護区分	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 区変中
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
認定日	年 月 日 ◆今回の認定は⇒ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降 (前回介護度)

負担割合	割	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------	---	------	---------------

主治医 医療機関名： (科) 担当医師：	
現病歴 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)	既往歴
<small>(※退院後3ヶ月以内の場合⇒ 退院日 年 月 日)</small>	

目標とする生活

本人 : _____

家族 : _____

生活情報 (生活歴・家族状況・生活環境等において特記すべき事項)

<家族構成> —

援助の経過 (これまでの援助方針・援助の成果等) 及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

紹介目的や今後のサービス提供に期待すること

利用希望曜日 (ご希望があれば○をお書き下さい)

6~8時間コース [月・火・水・木・金・土] → 入浴希望 (あり・なし)

3~4時間コース [月・火・水・木・金] ※ 午前 要支援および要介護者対象

介護予防コース [火・水・木] ※ 午後 要支援者のみ対象

記入日 : 令和 年 月 日

ケアマネジメント連絡用紙

日常生活動作	移動	自立 ・ 監視 歩行（杖 ・ 歩行器 ・ 不可） 立ち上がり（可 ・ 不可） 車椅子
	食事	自立 ・ 監視 ・ 一部介助 ・ 全介助 食事形態（ ）
	排泄	自立 ・ 監視 ・ 一部介助（立ち上がり ・ スポン上げ下ろし） ・ 全介助（オムツ ・ バルーン）
	更衣	自立 ・ 監視 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）
	入浴	自立 ・ 監視 ・ 一部介助（介助内容： ） ・ 全介助

精神状況	記憶理解	（記憶）普通 ・ 軽い物忘れ / （理解）普通 ・ 理解に時間を要す 【意思疎通に難あり】
	認知症	なし ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 【記憶障害（軽・中・重）/失見当（時間・人・場所）】
	問題	なし ・ 徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 大声 ・ 夜間不眠

身体状況	麻痺	なし ・ 上肢（左・右） ・ 下肢（左・右） ・ 顔面（左・右） 【強直・弛緩 / 装具：有・無】
	視力	見える ・ やや見える ・ ほとんど見えない ・ 全く見えない 【眼鏡：有・無】
	聴力	聴こえる ・ やや聴こえる ・ ほとんど聴こえない ・ 全く聴こえない 【補聴器：有・無】
	言語	問題なし ・ 不明瞭（時間を要す） ・ 困難 【構音障害・失語症 / 文字盤・トーキングエイド】

現在利用中のサービス（利用曜日に○をつけてください）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療（日・月・火・水・木・金・土） | <input type="checkbox"/> 訪問看護（日・月・火・水・木・金・土） |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴（日・月・火・水・木・金・土） | <input type="checkbox"/> 訪問介護（日・月・火・水・木・金・土） |
| <input type="checkbox"/> 通所介護（日・月・火・水・木・金・土） | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（日・月・火・水・木・金・土） |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ利用の有無（無 ・ 有） | |

その他特記事項

--