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・加藤・杉浦

氏　名	（フリガナ）	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⇒　□ 初回　□ 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） （※退院後３ヶ月以内の場合⇒　退院日　年　月　日）	**既往歴**

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　・　ズボン上げ下ろし）　・　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（利用曜日に〇をつけてください）

□訪問診療　（ 日・月・火・水・木・金・土 ）　□訪問看護　（ 日・月・火・水・木・金・土 ）
□訪問入浴　（ 日・月・火・水・木・金・土 ）　□訪問介護　（ 日・月・火・水・木・金・土 ）
□通所介護　（ 日・月・火・水・木・金・土 ）　□通所リハビリ　（ 日・月・火・水・木・金・土 ）
□ショートステイ利用の有無（　無　・　有　）

その他特記事項