

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

--

(依頼先機関)

哺育会 浅草病院 訪問リハビリテーション

依頼先機関等名

哺育会 浅草病院

担当者

殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	職業	
住所							性別	男・女
電話番号								
障害程度 区分情報	障害程度区分: 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 (有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)							

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

目標とする生活(本人及び家族)

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)

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

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	平成	年	月	日
事業所				
担当者				
電話				
FAX				