

事前相談表

依頼日 年 月 日

依頼元機関

担当CM

TEL/FAX

依頼先機関 訪問看護ステーション共立 TEL:0422-52-2535/FAX:0422-52-2548

氏名	生年月日	大・昭・平	年	月	日	職業
住所						
電話番号	主治医・利用医療機関					
認定情報	要介護状態区分：要支援(1 ・ 2)		経過的要介護		要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	有効期間	：	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(本人及び家族の希望) 希望サービス (訪問看護 ・ 訪問リハビリ)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等)
援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果・現在の利用サービス等)及び生活機能の変化

ADL	
移動：	食事：
排泄：	入浴：
更衣・整容：	コミュニケーション：

週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

現状の問題点・課題
当事業所に対するサービス提供に期待する事
備考