

ケアマネジメント連絡用紙

依頼日 年 月 日

依頼元機関

担当CM

TEL/FAX

依頼先機関 むさしの共立診療所 通所リハビリテーション

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	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)

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	食事：
移動：	入浴：
排泄：	コミュニケーション：
更衣・整容：	

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

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