

ケアマネジメント連絡用紙

居宅介護支援事業所		担 当 者	
-----------	--	-------	--



介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター 訪問リハビリテーション

利 用 者 情 報

氏 名	生年月日	(歳)	性別	☐ 男 ☐ 女
住 所				
電話番号				
認定情報	要介護状態等区分：要支援 (☐ 1 ・ ☐ 2) 要介護 (☐ 1 ・ ☐ 2 ・ ☐ 3 ・ ☐ 4 ・ ☐ 5) (有効期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 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				
サービス利用の想定期間				
ヶ月程度を想定 (3ヶ月毎に事業所医師の訪問診療を実施します)				
備考 (訪問時に留意すべきことや今後の展望など、連絡事項がございましたら記載をお願いします)				

