

ケアマネジメント連絡用紙（訪問リハビリテーション開始についての相談）

相談日 2023年 月 日

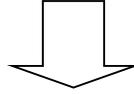
相談元機関

居宅介護支援事業所（事業所名をご記入下さい）

担当ケアマネージャー様氏名：

電話番号

FAX番号



相談先機関

医療法人社団協友会 介護老人保健施設 ハート横浜小雀

リハビリテーション科

電話番号 045-852-8611 FAX番号 045-852-8617

<利用者様情報>

氏名 様 生年月日 明・大・昭 年 月 日（ 歳）

性別 男・女 家族構成

住所

電話番号

駐車場 無・有（ ）

介護度： 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 負担割合： 割
（有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日）

傷病名・疾患名（生活機能の低下となった原因・傷病名等）

かかりつけの医療機関・担当医

感染症の有無

無

有（ ）

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・他サービス利用状況

目標とする生活（本人及び家族及びケアマネージャー）と、それに伴う現状の問題点・課題

起算日 年 月 日

備考

以下の記入は必要ありません

相談日 年 月 日

面談日 年 月 日（CM同行 有 無）担当：