

## 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 年 月 日

相談元機関	居宅介護支援事業所（事業所名）： 担当ケアマネージャー様氏名： 電話番号： <span style="float: right;">FAX番号：</span>
-------	---



相談先機関	介護老人保健施設エルサ上尾 訪問リハビリテーション
-------	---------------------------

利用者様情報

氏名：	様	生年月日：	明・大・昭・平	年	月	日	
性別：	男 ・ 女	家族構成：					
住所：						電話番号：	
認定情報	介護度：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）

疾患名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）	かかりつけの医療機関・担当医
-------------------------	----------------

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・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
---

備考
----

介護老人保健施設エルサ上尾 訪問リハビリテーション

TEL（直通） 048-787-3087

TEL（代表） 048-787-8686

FAX 048-787-8687

（以下の記入は必要ありません）

相談受付日：	年	月	日	
面談日：	年	月	日	（CM同行：有・無） 担当：