

ケアマネジメント連絡用紙（通所リハビリテーション）

依頼先機関名 老人保健施設 アゼリアガーデン

担当者 小倉和也

ふりがな				
氏名	(男・女) 明・大・昭	年	月	日生(歳)
住所	TEL			
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)		
ふりがな				
キーパーソン	続柄			
住所	TEL			
ふりがな				
緊急連絡先	続柄			
住所	TEL			
かかりつけ医				
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)				
通所リハビリ目標および目標とする生活(ご本人及びご家族)				
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・現状の問題点と課題				
通所リハビリテーションとして今後のサービス提供に期待すること				
備考				

依頼日 平成 年 月 日

(依頼元機関名)

	事業所名	(担当者名)		
	電話		FAX	