別紙様式２－７

# ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

（依頼元機関）

| | | |
|---|---|---|
| 居宅介護支援事業所 | 訪問リハビリテーション事業所 | 通所リハビリテーション事業所 |
| 地域包括支援センター | 老人保健施設 | 医療機関 |

↓

（依頼先機関）

| | | |
|---|---|---|
| 居宅介護支援事業所 | 訪問リハビリテーション事業所 | 通所リハビリテーション事業所 |
| 地域包括支援センター | 老人保健施設 | 医療機関 |

依頼先機関等名

担当者　　殿

| | |
|---|---|
| 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 | |
| 認定情報 | 要介護状態等区分：要支援（　１・２　）経過的要介護　要介護（　１　・２　・３　・４　・５　）<br>（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 |
| 備考 |

備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

| | |
|---|---|
| 依頼日 | 令和　年　月　日 |
| 事業所 | |
| 担当者 | |
| 電話 | |
| FAX | |