

利用情報提供書 <新規>

紹介先施設：介護老人保健施設さくら 通所リハビリテーション・短期療養介護 平成 年 月 日

紹介元の居宅支援事業所名 _____ 電話番号 _____

担当ケアマネージャー氏名 _____ FAX番号 _____

本人氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	性別	男・女	(歳)	
住 所	介 護 度	減額認定			
TEL	有効期間				
緊急連絡先① 殿	緊急連絡先② 殿	主治医	機関名		
TEL：	TEL：	科 名			
携帯：	携帯：	医師名			

傷病名（生活機能低下の原因となった傷病名）

症状経過、検査結果及び治療経過

医師からの意見（注意事項・禁忌事項・指導内容）

認知症 あり・なし

病名：

症状と程度：

高次脳機能障害 あり・なし

障害名：

特定疾病 あり・なし

病 名：

その他：

既往歴（病名・時期・治療内容）

終末期における希望・リビングウィル

感染症の有無 あり・なし

HBs抗原（-・+・不明）

HCV抗体（-・+・不明）

梅毒（-・+・不明）

皮膚疾患（-・+）

その他の感染症

利用目的・希望の頻度・日程

本人：

家族：

現在の問題点・課題・今後予想されるリスク

ケアマネージャーの援助方針・目標とする姿・生活像

リハビリの観点から期待される効果（具体的にどうなってほしいか）