

該当機関名

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



| | | | |
|---------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| (依頼先機関) | 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 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) (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 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | | | | |
| 担当者 | | | | |
| 電話 | | | | |
| FAX | | | | |

ケアマネジメント連絡用紙

記入例: 通所リハビリテーション 在宅

該当機関名

| | | | |
|---------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| (依頼元機関) | 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 医療機関 |
| (依頼先機関) | 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター | 訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設 | 通所リハビリテーション事業所 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 | (75 歳) | 職業(元専業主婦) | |
| 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) (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) 変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から) + 生活不活発病 膝痛のため5年位前から 2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因) | 紹介目的 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び 継続支援のご依頼 |
|--|--|

| |
|---|
| 目標とする生活(本人及び家族) 本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。 家族: できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。 |
|---|

| |
|--|
| 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) 生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤()を服用開始しています。 20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。 15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。 俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいにしています。 |
|--|

| |
|--|
| 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 風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。 生活の活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自立し、平日の家事が自立したのでリハビリテーションは終了しました。 更に活動性は向上できると思われれます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。 ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。 |
|--|

| |
|-------------------------------------|
| 現状の問題点・課題 膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。 |
|-------------------------------------|

| |
|--|
| 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 買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。 日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。 |
|--|

| |
|----|
| 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 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | | | | |
| 担当者 | | | | |
| 電話 | - | - | | |
| FAX | - | - | | |

ケアマネジメント連絡用紙

記入例: 入所 在宅

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 | (80 歳) | 職業 | 無職(元会社員) | |
| 住所 | | | | | | | | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 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 · <input checked="" type="radio"/> 2 · 3 · 4 · 5) (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 |
| 脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺 | 退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼 |

目標とする生活(本人及び家族)

本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族: 日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

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)

利用者基本情報(フェイスシート)を参照

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

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。

趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題

がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

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

- ・ 盆栽や囲碁を片手で行うことは今後も上手になっていきます。
- ・ 一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。
- ・ 町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。
- ・ 積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

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 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | | | | |
| 担当者 | | | | |
| 電話 | - | - | | |
| FAX | - | - | | |