

阪南市ケアマネジメント連絡票

作成日

フリガナ					性別	男・女	生 年 月 日				
氏 名							M T S	年 月 日	(歳)		
住 所	〒										
	TEL: FAX:										
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			有効期限	年 月 日						
障害等	・身体 級 ・療育 ・精神 級 その他()										
疾病名 障害名	1								(発症年月日)	頃	
	2								(発症年月日)	頃	
	3								(発症年月日)	頃	
	4								(発症年月日)	頃	
	5								(発症年月日)	頃	
意見書作成 かかりつけ医 (科)	医療機関名			医師氏名							
	医療機関 所在地	〒							TEL: FAX:		
かかりつけ医 (科)	医療機関名			医師氏名							
	医療機関 所在地	〒							TEL: FAX:		
家 族	続柄	氏 名	同居・別居	連絡先等	家族構成						
入院迄の経過			心 身 の 状 況 (評価時期: 年 月頃)								
			移動(屋内)	自立・見守り・一部介助・全介助	伝歩き・杖・歩行器・車イス・ストレッチャー						
			移動(屋外)	自立・見守り・一部介助・全介助	杖・歩行器・車イス・ストレッチャー						
			動 作	自立・見守り・一部介助・全介助	起立可・座位可・寝返り・常臥床						
			排泄大	自立・見守り・一部介助・全介助	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ()						
			排泄小	自立・見守り・一部介助・全介助	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ						
			入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助	普通浴(自宅・施設)・機械浴・清拭のみ						
			主 食	自立・見守り・一部介助・全介助	普通食・軟・かゆ・()						
			副 食	自立・見守り・一部介助・全介助	普通食・きざみ・とろみ・()						
			認知度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M							
			話 す	健常・やや難・困難・不可				補助用具()			
			聞 く	健常・やや難・困難・不可				補助用具()			
見 る	健常・やや難・困難・不可				補助用具()						
入院前に利用していたサービス					備 考						
サービス種別	サービス事業者名		サービス種別	サービス事業者名							
1			4								
2			5								
3			6								
居宅介護支援					担当ケアマネジャー						
〒					フリガナ 氏 名						
					TEL: FAX:						

※(週間サービス計画表・薬剤情報提供用紙)を添付しています。