ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書

【ケアマネジメント結果等記録】

（添付書類　わたしのカルテ　※既にケアプランが作成されている場合は現行のケアプラン）

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 年　　　月　　　日 |
| 作成者氏名 | ●区●部いきいき支援センター（居宅介護支援事業所●●）  氏名：　　　　　　　　　　　連絡先： | |
| 利用者情報  （連絡先等はわたしのカルテ参照） | 氏　名：  認定区分：　事業対象者　・　要支援1　・　要支援2  認定期間：　年　月　日～　年　月　日  □基本チェックリストの所定項目に該当  □介護保険サービスの訪問リハ（訪問看護のリハ含む）を利用していない  □過去に同サービスの利用なし | |
| 現在の状況 | 【運動・移動について】 | |
| 【日常生活（家庭生活）について】 | |
| 目標 |  | |
| 支援計画  （いずれかに☑） | 短期集中予防型訪問サービスにより、  □生活動作や生活環境等の改善を図る  □運動習慣の定着を図る | |
| 健康状態について | （主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点） | |

公益社団法人　愛知県○○会　事務局　御中

サービス提供者の派遣を、下記のとおり依頼いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼コース | 暮らし活性化コース　・　運動習慣定着コース |
| サービス提供  希望日時 | 月・火・水・木・金・土・日　　　　　時～　　　時の間 |
| その他希望事項  （職種、配慮すべき事項など） |  |

愛知県柔道整復師会

FAX：052-871-2215

メール：[kaigo@shadan-aisei.jp](#)

愛知県理学療法士会

FAX：052-972-6295

メール：[nagoya.houmonc@gmail.com](#)