

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： <b>事業対象者</b> ・ 要支援1 ・ 認定期間： ●年●月●日～●年●月●日 <input checked="" type="checkbox"/> 基本チェックリストの所定項目に該当 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービスの訪問リハ (訪問看護のリハ含む) <input type="checkbox"/> 用していない <input checked="" type="checkbox"/> 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】 下肢筋力に低下がみられ、歩行時にふらつくことが多い。自宅内の移動は何も持たずに可能ではあるが、転倒への不安が大きい。 【日常生活 (家庭生活) について】 家事全般は同居の家族が行っている。自分の身の回りの物は自分で買いに行くが、最近では転倒への不安から家族に依頼することが増えており、外出頻度が減っている。
目標	転倒することなく自宅内を自由に移動し、1人で安全に出かけられる。
支援計画 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )	短期集中予防型訪問サービスにより、 <input checked="" type="checkbox"/> 生活動作や生活環境等の改善を図る <input type="checkbox"/> 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)

確認をしてをします。

他サービス併用で別途ケアプランがある場合、「ケアプラン参照」と記載する形も可。

公益社団法人 愛知県理学療法士会 事務局 御中

暮らし活性化コースは愛知県理学療法士会、運動習慣定着コースは愛知県柔道整復師会を宛先とします。

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	<b>暮らし活性化コース</b> ・ 運動習慣定着コース
サービス提供希望日時	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土・日 13時～16時の間
その他希望事項 (職種、配慮すべき事項)	理学療法士による歩行動作の指導を希望します。

FAX またはメールにて送付します。

希望する職種や内容等があれば記入します。

愛知県理学療法士会  
FAX : 052-972-6295  
メール : [nagoya.houmonc@gmail.com](mailto:nagoya.houmonc@gmail.com)

愛知県柔道整復師会  
FAX : 052-871-2215  
メール : [kaigo@shadan-aisei.jp](mailto:kaigo@shadan-aisei.jp)