

連絡用紙

年 月 日

医療法人 健生会 朝倉クリニック  
通所リハビリテーション 宛

事業所番号

依頼居宅介護支援事業所名

ふりがな	.....
氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所	.....
電話番号	性別 男・女
認定情報	要介護状態等区分 : 要介護 要支援 ( 1・2・3・4・5 ) 自己負担金 ( 1割 2割 3割 ) ( 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
	短期集中リハ加算起算日(退院日等) 年 月 日

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族情報、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

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	年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	