

リハビリ専門職への相談・同行訪問・地域ケア会議依頼書

記入日 令和 年 月 日

依頼者氏名			
所属施設・事業所			
住所	〒		
TEL			
FAX			
相談内容※対象者の氏名・住所など個人を特定する情報の記載はお控えください。			
基本情報	年齢 歳	性別 男 ・ 女	
<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度(※)	非該当・事業対象者・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5・手続中		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳等級(※)	なし・1級・2級・3級・4級・5級・6級・申請中		
<input type="checkbox"/> 障害種別等(※)	なし・身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他(知的・精神・発達))		
障害名又は疾患名等	()		
<input type="checkbox"/> 障害総合支援区分(※)	非該当・1・2・3・4・5・6・手続中		
同行訪問依頼は、原則、依頼者がかかりつけ医(主治医)に連絡します。	<input type="checkbox"/> 連絡済み <input type="checkbox"/> 連絡予定(急を要するため) <input type="checkbox"/> 同行訪問後に連絡 <input type="checkbox"/> 連絡困難 <input type="checkbox"/> かかりつけ医が不明 <input type="checkbox"/> 連絡しても通じない <input type="checkbox"/> その他() (かかりつけ医の医療機関名 名前)		
治療中又は主たる疾病	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (病名)		
日常生活の状態	<input type="checkbox"/> ひとりで外出可 <input type="checkbox"/> 付き添いがあれば外出可 <input type="checkbox"/> 自宅周りのみ <input type="checkbox"/> 自宅内の生活 <input type="checkbox"/> 居室のみ生活 <input type="checkbox"/> ベッド周囲生活 <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談内容	<input type="checkbox"/> ケア会議の事例になるかた <input type="checkbox"/> ケアプラン作成するかた <input type="checkbox"/> 介護保険未申請でリハビリ専門職に相談したいかた <input type="checkbox"/> その他(リハビリ専門職が身体・認知機能状況を確認する必要があるかた。) () 簡単に状況と連絡事項をご記入ください。		
日程調整	折り返しのお電話の希望日・時間 (1) 月 日 () 時頃 (2) 月 日 () 時頃 ご訪問の希望日・時間又は地域ケア会議の日時 (1) 月 日 () 時頃 (2) 月 日 () 時頃		