

別紙様式 1 - 4

【個別機能訓練アセスメントシート】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		初回作成日：令和 年 月 日	
ふりがな 氏名		性別	大正 / 昭和 年 月 日生 (歳)	要介護度	計画作成者： 職種：
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

I 利用者の基本情報

利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）
---------------	-----------------

健康状態・経過

病名	発症日・受傷日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）			
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）			
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）			

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

口腔衛生管理加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男、 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 生まれ 歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j））、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和 年 月 日（記入者： ）

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2 その他の事項

--

別紙様式 1 - 6

口腔機能向上加算の実施記録

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (<input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j))、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 実施記録

実施年月日	令和 年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

2 その他特記事項

--

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

事業所番号 _____ **リハビリテーション計画書** 入院 外来 / 訪問 通所 / 入所 計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 氏名: _____ 様 性別: (男/女) 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護 _____
 リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者(_____)

■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等) _____ _____ _____	■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____ _____ _____
--	--

■健康状態、経過 原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____ _____ _____ 合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____ _____ _____ これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____ _____ _____			
---	--	--	--

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造			
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 (_____)	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理		自立	
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R			
コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	
■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月) (心身機能) _____ (活動) _____ (参加) _____
--

■リハビリテーションの長期目標 (心身機能) _____ (活動) _____ (参加) _____

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間) _____ _____ _____

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む) _____ _____ _____

■リハビリテーション実施上の留意点 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等) _____ _____ _____

■リハビリテーションの見通し・継続理由 _____ _____ _____

■リハビリテーションの終了目安 (終了の目安となる時期: _____ ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項: _____ _____ _____

■環境因子(※課題ありの場合☑ 現状と将来の見込みについて記載する)		■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)	
課題	状況	家庭内の役割の内容	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他()		
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階(階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他()	余暇活動(内容および頻度) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>	社会地域活動(内容および頻度) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
サービスの利用	<input type="checkbox"/>		
その他	<input type="checkbox"/>		

■活動(IADL)				■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
アセスメント項目	リハ開始時	現状	特記事項	■活動と参加において重要性の高い課題 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
食事の用意				■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
食事の片付け					
洗濯					
掃除や整頓					
力仕事					
買物					
外出					
屋外歩行					
趣味					
交通手段の利用					
旅行				■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
庭仕事					
家や車の手入れ					
読書					
仕事					
合計点数					

■リハビリテーションサービス						
☐訪問・通所頻度() ☐利用時間() ☐送迎なし						
No.	目標(解決すべき課題)	期間	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度	時間
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週合計時間	
☐他事業所の担当者と共有すべき事項		☐介護支援専門員と共有すべき事項		☐その他、共有すべき事項()		
※下記の☐の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。 【情報提供先】 ☐介護支援専門員 ☐医師 ☐(地域密着型)通所介護 ☐()						

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族 構成員 不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族(_____) <input type="checkbox"/> サービス担当者(_____)(_____) <input type="checkbox"/> サービス担当者(_____)(_____)			
次回の開催予定と検討事項				

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名

殿

作成年月日

年

月

日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供	<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	<input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他()	
<input type="checkbox"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施	<input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付: . .)	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービス責任者

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

本人の生活行為の目標			
家族の目標			
実施期間		通所訓練期(. . . ~ . . .)	社会適応訓練期(. . . ~ . . .)
		【通所頻度】 _____ 回/週	【通所頻度】 _____ 回/週
活動	プログラム		
	自己訓練		
心身機能	プログラム		
	自己訓練		
参加	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】

別紙様式 2 - 6

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業	

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

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日~ 年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
--

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

- 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. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を入記すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○

電話番号 ○○-○○○-○○○

医師氏名 ○○ ○○

患者氏名 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○

性別 男・女

電話番号 ○○-○○○-○○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (75 歳) 職業 専職(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 変形性膝関節症(右側) 55歳～
 #2 生活不活発病(療用症候群)
 ①膝痛のため(70歳～)
 ②感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリハビリテーション実施の主な要因)

紹介目的

通所リハビリテーション終了にあたってのご報告

既往歴及び家族歴

平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過

平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。
 今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方

○○○○○

要介護状態等区分： 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
 (有効期限：○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)： 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。
 家族：平日は家事ができるくらいに元気になるって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考

本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけなないと思込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

- 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. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○

電話番号 ○○-○○-○○

医師氏名 ○○ ○○

患者氏名 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○

性別 男 ・ 女

電話番号 ○○-○○-○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (80 歳) 職業 意職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 脳出血(左被殻出血) (平成17年12月○日)

#2 右片麻痺

#3 右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後退院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、○○病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的で○○リハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し

家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

○○○○

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

(有効期限：○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

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. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設通所リハビリテーション事業所
医療機関

(依頼先機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設通所リハビリテーション事業所
医療機関

依頼先機関等名

担当者

殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	職業	
住所							性別	男・女
電話番号								
認定情報	要介護状態等区分: 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護 (1・2・3・4・5) (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
-------------------------	------

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、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

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	令和	年	月	日
事業所				
担当者				
電話				
FAX				

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------

(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------

依頼先機関等名

○○○○○

担当者 ○○ ○○

殿

氏名 ○○ ○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (7 5 歳) 職業(元専業主婦)

住所 ○○○○○○○○○○

性別 男・女

電話番号 ○○-○○○-○○○

認定情報

要介護状態等区分: 要支援(1 , 2) 経過的要介護 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
(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)

変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から)

+生活不活発病

①膝痛のため5年位前から

②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)

紹介目的

通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人:元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。

家族:できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

本来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(○○○)を服用開始しています。20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。

15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後の家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。

俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいになっています。

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

風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。

生活の不活発化のポイントとして、膝痛を起しにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自主し、平日の家事が自主したのでもリハビリテーションは終了しました。

更に活動性は向上できると思われます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。

ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

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

買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。

日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

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	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
 地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所
 地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名

○○○○○

担当者 ○○ ○○

殿

氏名	○○ ○○	生年月日	明・大・昭・平	○年	○月	○日	(80 歳)	職業	無職(元会社員)
住所	○○○○○○○○○○○						性別	男・女	
電話番号	○○-○○○-○○○								

認定情報	要介護状態等区分: 要支援(1 ・ 2) 経過的要介護 要介護 (1 ・ <u>2</u> ・ 3 ・ 4 ・ 5) (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) 脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺	紹介目的 退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼
---	--------------------------------------

目標とする生活(本人及び家族)
 本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。
 家族: 日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)
 ※利用者基本情報(フェイスシート)を参照

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
 入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。
 趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題
 がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

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

- ・盆栽や囲碁を片手で行うことは今後も上手になっていきます。
- ・一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。
- ・町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。
- ・積極的な発言ので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

備考

備考	1. 必要がある場合は統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。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">依頼日</td> <td>令和 ○年 ○月 ○日</td> </tr> <tr> <td>事業所</td> <td>○○○○○</td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td>○○ ○○</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>○○-○○○-○○○</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>○○-○○○-○○○</td> </tr> </table>	依頼日	令和 ○年 ○月 ○日	事業所	○○○○○	担当者	○○ ○○	電話	○○-○○○-○○○	FAX	○○-○○○-○○○
依頼日	令和 ○年 ○月 ○日											
事業所	○○○○○											
担当者	○○ ○○											
電話	○○-○○○-○○○											
FAX	○○-○○○-○○○											