

<ケアマネジャーからの報告シート>

返信不要

作成日 年 月 日

支援機関名	
TEL	
FAX	
担当者	



居宅事業所名	
TEL	
FAX	
担当CM	

平素はお世話になりありがとうございます。下記のご利用者様について、生活のご様子等を報告させていただきます。ご確認くださいませようお願い申し上げます。

◆利用者情報◆ (例：大阪 花子 様 → 大〇 花〇 様)

ふりがな		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	歳
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和				
住所(町名までを記入)		介護度		有効期限				

◆支援機関◆ (医：医療機関・歯：歯科医院・薬：薬局・サ：サービス提供事業所)

①	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名		⑤	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名	
		担当者・区	区			担当者・区	区
②	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名		⑥	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名	
		担当者・区	区			担当者・区	区
③	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名		⑦	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名	
		担当者・区	区			担当者・区	区
④	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名		⑧	<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> サ	支援機関名	
		担当者・区	区			担当者・区	区

◆ケアマネジャーからの報告◆

- 1 薬の状況 【 余っている 拒絶している その他 ()】
- 2 口腔について【 口臭がある 口腔内出血 義歯不具合 その他 ()】
- 3 体重増減が推測される見た目の変化がある
- 4 食事量や食事回数に変化がある
- 5 下痢や便秘が続いている
- 6 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- 7 リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない。
()
- 8 もの忘れが出てきている
()
- 9 その他、気づいたこと
()