

依 頼 書 (例)

依頼書作成日 平成 19 年 7 月 7 日

貴社 ○△介護支援事業所

担当役職・氏名 ケアマネージャー 田中 ○子

連絡先 TEL 06-1234-5678 FAX 06-2345-6789

患者氏名	山田 太郎
住 所	東住吉区駒川1-〇-〇
電話番号	06-0123-4567
生年月日	昭和 2年 3月 5日

病 名	脳梗塞後遺症 廃用症候群
様 態	1年前に脳梗塞で入院。2ヶ月前に退院。 右半身麻痺。歩行・立位不可。 半介助で寝返り、座位保持可能。
施術ご希望時間帯 (もしくは不可能な時間帯)	火曜日はデイサービスで終日不可。 月曜日・水曜日 15:00~17:00 までヘルパー 希望曜日は木曜日・金曜日 10:00~か 14:00~
その他	寝たきりの状態が続き、体を動かす意欲が低下しています。 又、介護者である奥様が介護にかなりの身体的負担を感じております。少しでもご本人が動けるようになることでご本人のQOL向上と、奥様の介護負担の軽減ができればと思っております。

訪問リハビリ研究センター TEL 06-6621-6313 FAX 06-6621-6352