

■居宅療養管理指導表（兼ケアマネジャー向け情報提供書）案

患者氏名	様	性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
患者住所	〒 ー 連絡先等 Tel( ) ー / (緊急時)( ) ー		
病 名 等			
病状・経過等	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明		
訪問計画	毎月の訪問日時（○日、○日訪問予定、隔週何曜日、等）		
介護サービス 利用の留意 点、介護方法	介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		
(指導・報告日)	年 月 日	〒000-0000 △△市△△△町 00-00 医療法人□□会 □□クリニック Tel 000-000-0000 / 携帯 000-000-0000	
(主治医氏名)			