

依頼書

依頼書作成日 平成 25 年 2 月 14 日

貴社 ○△介護支援事業所

担当役職 ケアマネジャー

氏名 山田花子

ご連絡先 TEL 06-1234-5678 / FAX 06-1234-5679

患者氏名	山田 太郎
住 所	淀川区東三国○-△-□
電話番号	06-1234-5678
生年月日	昭和 2 年 3 月 5 日

かかりつけ医	○○○クリニック ○○○○先生
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	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、介助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。

秦鍼灸治療所（訪問医療マッサージ・鍼灸） TEL: 06-6350-3077

FAX: 06-6350-3144