様式第１号

年　　月　　日

八頭町長　様

　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

八頭町地域リハビリテーション活動支援事業利用申込書

次のとおり、専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の派遣を申し込みます。

１．訪問を希望する被保険者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年齢 | 歳 | 本人同意有無 | □有  （利用には同意が必要です） |
| 氏名 |  |
| 性別 |  |
| 住所 | 八頭町 | 要介護度 | | □要支援（ ）□要介護　(　　)  □事業対象者 | |

２．同行訪問を行う担当職員又は、ケアマネジャー

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 包括名・居宅介護支援事業所名／職員氏名 | TEL | ※担当者と直接連絡がつく番号を記載ください  （連絡希望時間帯　　　　～　　　　） |
| メールアドレス |  |

３．同行訪問に関する希望等

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問日程 | □希望日がある　　　　　　　　第１希望　　　月　　日（　）午前・午後  第２希望　　　月　　日（　）午前・午後  □希望の曜日がある　　　　　（　　・　　・　　）曜日　の午前・午後がいい  □いつでもいい　　　　　　　　　　　　午前・午後  ＊後日リハ専門職からの連絡で、訪問の日程を調整します。 |
| 事例概要 | □地域ケア会議の事例の事後フォロー  　　　　地域ケア会議開催日　　　年　　　月　　　日　(　　　)　場所  　□新規利用者  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する理由 |  |

（注意）

・より良い指導を行うために必要な個人の情報を、専門職等へ提供することを利用者の同意を得たうえで提出してください。

・この同行訪問は、リハビリや栄養改善の視点から助言・提案を行うものです。治療を行うものではないことも事前に説明しておいてください。