|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |

訪問型サービスC受付票（運動）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日：　　　年　月　日

申込者：所属名（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　職氏名（　　　　　　　　　　　　　）

【要件確認欄】

□要支援１・２，総合事業対象者に該当する。

□本人が総合事業をすぐに利用したい意思がある。（　　　　　　　　　　　　　　）

□急激な運動機能の低下（骨折等により）がある。（　　　　　　　　　　　　　　　）

□短期間でのリハビリテーションにより改善の可能性がある。

（主治医意見書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

□本人より，この受付票の内容を事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意している。

【事務処理欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サ担会（前） | サービス開始日 | 納付書送付 | 納付確認 | サ担会（後） |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者情報 | ふりがな  氏　　名 | （　男・女　） | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳） | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 住　所 | つくば市 | | | | | |
| 世帯状況 | | □独居　□高齢世帯　□同居家族あり | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 氏　名（続柄） | | | 住　所 | | 電話番号 |
| （　　） | | |  | |  |
| （　　） | | |  | |  |
| （　　） | | |  | |  |
| 医療情報 | | かかりつけ医 | |  | | | |
| 診療情報提供書 | | 無・有（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 年月日 | 病　名 | | | 医療機関 | 治療状況 |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 介護情報 | | 介護度 | □要支援１　□要支援２　　利用中サービス  □総合事業対象者 | | | | |
| ＣＭ | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対応 | | 【利用に至った経緯】    【ご本人のサービスに対する要望】    【自立度】（分かる範囲で）  【注意事項】  【希望日】 | | | | | |