|  |  |
| --- | --- |
| 課長 | 文書管理主任 |
|  |  |

おうちdeリハ（つくば市地域リハビリテーション専門職派遣）申込書

つくば市長　宛て

　　　　　　　　　　 　申込日 　　　　年　　　　月　　　日

　　　　　　　事業所名・代表者氏名:

郵便番号/住所:

電話/FAX：

担当者氏名：

　つくば市地域リハビリテーション活動支援事業において、リハビリテーション専門職の派遣を希望するので、下記により申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **１　希望する支援** | 該当箇所(○) |
| （１）介護予防活動普及促進支援（団体への支援） |  |
| （２）ケアマネジメント支援（個別への支援：助言サービス）  　サービス担当者会議へのケアマネジメント支援/アセスメント及びモニタリング等への訪問支援 | 運動　栄養  ※どちらかに〇 |
| （３）福祉環境コーディネート支援（個別への支援：福祉用具など） |  |
| （４）介護予防ケア向上支援（事業所への支援：専門職支援） |  |
| **２　対象者の情報** |  |
| 1. 氏名（漢字ふりがな）：　　　　　　　　　　　　　　 （　男　・　女　） 2. 生年月日：　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳） 3. 住所/電話：つくば市　　　　　　　　　　　　 　　電話　　 （　　　） 4. 世帯状況： □独居　□高齢世帯　□同居家族あり（　　　　　　　　　　　　　　） 5. 緊急連絡先：  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 氏名(続柄) |  | 住所 |  | 電話番号 |  | | |
| ※【医療情報】 ※箇所は団体申し込みの場合は記載不要   1. かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　診療情報提供書 無・有 2. 既往歴  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 年月日 | 病名 | 医療機関 | 治療状況 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   ※【介護情報】介護度 (　　　　　　　)　　　ＣＭ　無・有（　　　　　　　　　　　　　）  利用中のサービス（　　　　　　　　　　　）  【詳細情報】   1. 利用に至った経緯： 2. 本人の要望： 3. 自立度： 4. 注意事項：   【個人：派遣希望日】  【団体：派遣希望日と希望内容】  １：  ２：  ３：  ４： | |