**地域リハビリテーション活動支援事業申込書**

**申込みの際には、利用者基本情報とアセスメントシートも提出してください。**

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名  (対象者) |  | 職種 |  |
| 所属 |  | | |
| MAIL |  | | |
| TEL |  | FAX | (メールを利用できる場合は不要) |

**相談内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 性別 | | □男　　□女 |
| 生年月日 |  | 認定情報 | | □要支援1　□要支援2　□事業対象者  □要介護1　□要介護2 |
| 住所 | 池田市 | | | |
| 診断名 |  | | | |
| 希望職種 | □リハビリ専門職 | | □管理栄養士 | |
| 利用要件  (チェックが入らない場合は利用できません) | □PT・OTが関与するサービスを利用していない | | □居宅療養管理指導(栄養)を利用していない | |
| 依頼内容 | □自立支援型ケア会議の事例選定を含む介護予防に資する選定方法の指導  □住宅改修、福祉用具及び補装具について  □医療・介護サービスのコーディネート（短期集中予防サービス（C型）の適応判断を含む）  □日常生活動作、介助法、体操の指導  □医療行為とみなされるものを除くリハビリに関する支援 | | □栄養状態や食事内容の具体的な改善方法について  □栄養管理の方法や情報提供  □調理方法について  □嚥下について | |
| 依頼内容詳細、今までの取組、現在の状況、  経過等 |  | |  | |
| 申込日から2週間程度の訪問希望日、曜日、時間、都合の悪い日 |  | | | |