

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

依頼者氏名		職種	
所属包括・事業所			
TEL			
MAIL		FAX	

相談内容

対象者氏名			
住所	池田市		
生年月日		性別	男 女
診断名			
希望職種	・リハビリ専門職	・管理栄養士	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具及び補装具について <input type="checkbox"/> 医療・介護サービスのコーディネート <input type="checkbox"/> 日常生活動作、介助法、体操の指導 <input type="checkbox"/> その他、医療行為とみなされるものを除く、リハビリテーションに関する支援	<input type="checkbox"/> 栄養状態や食事内容の具体的な改善方法について <input type="checkbox"/> 栄養管理の方法や情報提供 <input type="checkbox"/> 調理方法について <input type="checkbox"/> 嚥下について	
	詳細：	詳細：	
依頼内容に対する取り組みと経過及び現在の状況			
日程調整	訪問の希望日・曜日・時間や都合の悪い日		