様式第２号（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣依頼書

（地域包括支援センター用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

門真市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話/FAX）

下記のとおり、専門職の派遣を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣目的 | １　介護予防地域ケア会議の意見  ２　同行訪問事業  　　→いづれかに〇  　【通所型ｻｰﾋﾞｽＣ対象選定、訪問介護（相当・緩和）ｻｰﾋﾞｽ対象選定、  　　通所介護（相当・緩和）サービス対象選定】  ３　栄養評価  ４　口腔機能評価  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ふりがな |  | 年齢 |  | 性別 | 男・女 |
| 対象者氏名 |  |
| 住所 |  | 要支援  認定等 | 要支援１　要支援２  事業対象者 | | |
| 専門職に指導・助言を希望する内容 |  | | | | |
| 派遣する  専門職氏名 |  | | | | |
| 派遣する職種 | 理学療法士　　　　　作業療法士　　　　　言語聴覚士  管理栄養士　　　　　歯科衛生士 | | | | |
| 当該案件の  利用回数 | 回目 | | | | |
| 派遣予定日時 | 年　　　月　　　日 　　　　時 | | | | |