いきいき笑顔応援プロジェクト 同行訪問申込書

様式第１号（第５条関係）

　　　年　 　月　 　日

藤井寺市長　様

申込者　□被保険者本人　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　*（→１・３に記入）*

　　　　□担当ケアマネジャー　　事業所名

*（→１・２・３に記入）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　 　　　　　　　　 　　　　印

|  |
| --- |
| １．訪問を希望する被保険者 |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 年齢 | 　歳 | ケアマネの有無 | □いる□いない |
| 住所 |  | 要介護度 | □要支援（　 　）□要介護（　 　）□認定なし |
| TEL |  |  |
| ２．同行訪問を行うケアマネジャー |
| 事業所・所在地 |  | TEL |  |
| ３．同行訪問に関する希望等 |
| 訪問日程 | □いつでもいい□都合の悪い日・ときがある　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　または　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　曜日　が悪い |
| 希望する理由・目的 |  |
| （注意）・適切な指導を行うために、必要な個人の情報を専門職等へ提供することに同意のうえお申込みください。　・この同行訪問は、リハビリや栄養改善の視点から助言・提案を行うものです。施術や治療を行うものではありません。（ケアマネジャーが申し込む場合）・この申込書は、利用者の同意を得た上で市へ提出してください。　・次の書類を作成していれば添付してください。①いきいき笑顔応援アセスメントシート②利用者基本情報（表面のみ）③ケアプラン　・担当となる専門職と日程調整のうえ、市より連絡します。（希望の日程どおりの調整が困難な場合もあります。） |
| ※市記入欄 |
| (ケアマネのいない場合)包括担当者 | 担当専門職 | 同行訪問日時 |
|  |  |  |

次のとおり、専門職（リハビリ職・管理栄養士）の同行訪問を申し込みます。

※どちらか選択