

いきいき笑顔応援プロジェクト 同行訪問申込書

年 月 日

藤井寺市長 様

1. 訪問を希望・申込する被保険者

しめい 氏名				被保険者 番号												
生年月日	年	月	日	歳	認定 状況	認定 ☐ 有	☐ 要支援() ☐ 要介護() 有効期間()									
住所				☐ ケアプラン有 ☐ ケアプラン無												
TEL					☐ 無	☐ 認定申請中 ☐ 申請なし										

2. 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・時間帯がある _____日 または _____曜日 _____時 が悪い
希望する 理由・ 目的	☐ ヘルパー希望 ☐ レンタル希望 ☐ チェックリスト栄養 ☐ チェックリスト口腔 ☐ その他⇒ ☐ 運動（リハビリ） ☐ 栄養 ☐ 歯科 理由・目的：

3. 同行訪問を行うケアマネジャー

事業所		担当		TEL	
-----	--	----	--	-----	--

(注意)・より良い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・口腔機能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。）

※申込みの経緯

☐ 担当ケアマネから ☐ 市窓口で説明 ☐ 本人・家族から ☐ 包括で説明 ☐ 他 ()	担当専門職	同行訪問日時