

# 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

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

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

## 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	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
住所	要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いつでもいい <input type="checkbox"/> 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)・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あ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