

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
 (→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

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		年齢	被保険者番号		
被保険者 氏名		歳	認定 状況	認定	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間（ ）
住所		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> ケアプランあり <input type="checkbox"/> ケアプランなし	
TEL		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 申請なし	

2. 同行訪問を行うケアマネジャー

事業所		担 当		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

<input type="checkbox"/> 担当ケアマネから <input type="checkbox"/> 市窓口で説明 <input type="checkbox"/> 本人・家族から <input type="checkbox"/> 包括で説明 <input type="checkbox"/> 他（ ）	<input type="checkbox"/> ヘルパー希望 <input type="checkbox"/> レンタル希望 <input type="checkbox"/> チェックリスト栄養	地域ケア会議 担当者（包括）	担当専門職	同行訪問日時
---	--	-------------------	-------	--------