

お悩み解決！訪問申込書

年 月 日

藤井寺市長 様

1. 利用を希望する被保険者

氏名				被保険者番号				
生年月日	年	月	日	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"/> 有 <input type="checkbox"/> ケアプラン有 <input type="checkbox"/> ケアプラン無		
TEL				<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 申請無し			

2. 申込者 ※申込者が被保険者本人の場合は記載不要

氏名				被保険者との関係				
住所				TEL				

3. 利用に関する希望等

訪問日程	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・時間帯がある () は都合が悪い							
希望する理由・目的	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 歯科							

4. 担当ケアマネジャー (わかる場合のみ記入してください)

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

5. 栄養のサービスを利用する場合の承諾について

☆適切な栄養指導を行う為、かかりつけ病院に必要な医療情報の提供を依頼させて頂くことがあります。
 その場合、次回受診時に診療情報提供料 (I) 250点が算定されます。(1割負担の方で自己負担250円となります。)

上記の内容を理解し、了承します。(確認日 /) 署名 _____

(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。
- ・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。

※市又は包括支援センター使用欄

・申し込みの経緯

担当ケアマネから 市窓口で説明 本人・家族から アドバイザー 他 ()

ケアマネ同行 (有 ・ 無)

担当専門職	サービス利用開始日