鯖江市長　殿

様式1

ケアマネ・包括　⇒　市

令和　　年　　月　　日

鯖江市リハビリテーション職派遣依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　対象者　 | 住所 | 鯖江市　　　　　　　　　　　　　℡（　　　－　　　　　） |
| フリガナ |  | 生年月日 | T・S　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 訪問希望時間 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　　：　　　　～ |
| 認定状況 | □なし　　　　　　　　　　　□申請中　　　　□あり　　□総合事業　　　　□要支援　1　2　　　　　□要介護　　1　2　3　4　5 |
| 身体障害者手帳 | □なし□あり　（　　種　　級・　　　　　　　　　　　　　　） |
| 書類作成者 | □（　　　　　　　　　地区）地域包括支援センター□（　　　　　　　　　　　）居宅介護支援事業所担当者　　　　　　　　（☎　　－　　　　　　） |
| リハビリ職に支援してほしいこと |  |
| 早期の機能回復や重度化防止に向けた自立支援型ケアプラン作成の趣旨を理解し、リハビリテーション職派遣実施に必要な要介護・要支援・総合事業等認定に関する情報を関係機関・事業所等に提供することについて同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面もご記入ください）

以下、鯖江市長寿福祉課記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 結果 | □受理　　□却下（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣予定者 | 事業所・部署名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　　　☎　　　職種　　□PT　　□OT　 |
| 初回訪問日時 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　時～ |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　才） |
| 家族構成1. 独居
2. 高齢者世帯
3. 日中独居
4. その他
 | 家族構成図 |
| 現在利用しているサービス |  |
| 健康管理 | 現病歴既往歴通院状況認知症高齢者の日常生活自立度（わかる範囲で記入）□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱｂ　□Ⅲa　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□M特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・ＨＤＳ－Ｒ（　　　　　　　点）検査日　　　年　　月　　頃・ＭＭＳＥ　（　　　　　　　点）検査日　　　年　　月　　頃 |
| 住環境（本人の生活動線を中心に自宅の**見取図**をご記入ください） | □一軒家（　平屋　・　　階建　）□集合住宅（　平屋　・　階建　）〇寝具（　布団　・　ベット　）〇トイレ（　和式　・　洋式　・　ポータブル　）見取図 |

* ＡＤＬ・ＩＡＤＬ確認表（様式1-1）を必ず一緒に提出すること

様式1　裏面

* 住宅改修等を行う場合の助言を希望される場合は、実施前・実施後の写真を結果報告書（様式２）と一緒に提出すること