|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 地域リハビリテーション支援拠点　宛 |  |  |  |  | 様式１ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域リハビリテーション支援・申込書 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　記入日 | 　 |
| 申込者名・職名職種 | 　 |
| 施設・事業所名称 | 　 |
| 施設・事業所種別 | □ | 居宅介護支援事業所 | □ | 地域包括支援センター | □ | 介護施設・事業者 | 　 |
| □ | その他 | 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ／FAX | 　 |
| 対象者の概要　**※対象者の氏名・住所の番地・マンション名など個人を特定する情報は記載しないでください。** |
| 居住区・町名 | 区 | 　 | 性別 | 　 |
| 年齢 | 　 | 　 |
| 要介護認定 | □有　(要支援　　　　　）（要介護　　　　　　）　　　□無　　　　　　□申請中 |
| 障害者手帳 | □有　（種別・等級　　　　　　）　□無　　　□申請中　　　□不明 |
| 治療中又は主たる疾病 | □有　　（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| □無 |
| □不明 |
| 相談内容（困っていること） |
| 　 |
|
|
|
|
|
| ★介護者の有無 | □ | 有　（本人との関係 | 　 | ） | □ | 無 |  | 　 |
| 支援希望内容（複数可） |
| □ | 身体・認知機能や生活環境の相談 |  | □ | 医療に関する助言 |  |  |  |  |  | 　 |
| □ | 介護サービス・ケアの方法に関する助言 |  | □ | 福祉用具・住宅改修に関する助言 |  |  | 　 |
| □ | その他　　　　　（　　　 | 　 | ） | 　 |
| 日程調整 |  折り返しのお電話の希望日・時間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 1. 月　　日（　　）　　　時　　分頃
 |
| 1. 月　　日（　　）　　　時　　分頃
 |
| ★お電話にて、生活や住まいの状況をお伺いします。 |
| 訪問・カンファレンス等の希望日・時間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| (1)　　月　　日（　　）　　　時　　分頃 |
| (2)　　月　　日（　　）　　　時　　分頃 |
| 支援番号 | 　○○（拠点番号）－○○○（対象者番号） |  |