|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護 | | □有　　　□無　　　□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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 月　　　　日（　　　　）　　　　時　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支援番号 | |  | | | | | | | | | | | | ※支援拠点が記入します。 | | | | | |