宛先：介護予防フレイル予防推進員　南町田病院　e-mail：[mm-riha@mmhp.jp](mailto:mm-riha@mmhp.jp)　FAX：042-788-5012

**ＩＡＤＬ向上教室　ＯＴ初期訪問派遣依頼票**

南町田病院　介護予防・フレイル予防推進員　今村　様　宛

　　　申込日：　　　年 　　 月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアプラン作成者 | 事業所 | 担当者： | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | |
| 利用者情報 | 附番 | （　　　　） | | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
| お住まいの町名 | 最寄りのバス停名  （　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 主な疾病 |  | | | | | |
| 支援計画上の要点 | 認定状況 | 要支援１　・　要支援２　・　事業対象者 | | | | |
|  | | | | | |
| 訪問希望 | 希望事業所 |  | | | | | |
| 依頼日より１週間以降の日にちで候補日を設定してください | | | | | | |
| 候補日① | 月　　日（　　） | | | | | |
| 候補日② | 月　　日（　　） | | | | | |
| 候補日③ | 月　　日（　　） | | | | | |

＜調整結果＞訪問日程連絡連絡票（介護予防フレイル予防推進員→ケアマネジャー）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確定 | 事業所名 | 担当者： |
| 訪問日時 | 月　　日（　　） |

注）訪問日程連絡票を介護予防フレイル予防推進員から受け取った後、訪問日程を変更する場合は、ケアマネジャーから確定した事業所の担当者へ直接連絡してください。