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　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。