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。