**「アセスメント支援事業」　申込書（ケアマネ用）**

★専門職によって送付先が変わります★

☆リハビリ専門職の利用申込み

①メール（[okiptmiyako@gmail.com](mailto:okiptmiyako@gmail.com)）※推奨

②FAX：０９８０-７３-６４８３

FAXの場合は、必ずメールか電話にて連絡をお願いします。

☆管理栄養士・歯科衛生士の申込み

地域包括支援センター

FAX：０９８０－７９-０３３７

※個人情報を含む基本情報等のFAX送信は不可

　　　申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込事業所 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 希望時期：　　　　月　　　　日　　頃　（おおよそでかまいません）  希望時間：　　　　ＡＭ中　　　　　　　ＰＭ中  希望曜日：　　月　　火　　水　　木　　金　　どの曜日も可 |
| 希望する  専門職種 | 理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士　・　管理栄養士　・　歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 場所 | 事業所(職員対象)　　・　自宅　　・　　その他（　　　　　　） |
| 相談内容  （複数選択可） | □身体評価・日常生活動作(起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容)の評価  ↑いずれかに○をつけて下さい。  □生活課題となっている動作の工程分析 　 □生活課題の原因の明確化  □予後予測及び目標の具体化 　□移乗・移動・体位保持に関するもの  □住環境の評価・住宅改修や福祉用具選定　 □生活課題解決に向けたサービスの選定  □食事介助に関するもの　　　　 　　 □食形態・食事時の姿勢に関するもの  □嚥下に関するもの（疾患による嚥下機能の急激な低下の場合はまず主治医へ相談を）  □コミュニケーション(言語障害・構音障害・聴覚障害・音声障害等)に関するもの  □口腔ケアについて　 　□義歯･口腔内の評価  □歯科受診の相談(訪問歯科診療の利用について)  □食事内容について(栄養状態の改善・貧血の改善・筋力の向上・病気の重症化予防)  □バランスの良い食事に関するもの  □自宅での自主トレ等の提案  自由記載： |
| 参加者 | 人　　□ケアマネ　□本人　□家族（　　　　　）　□その他（　　　　　） |
| 利用歴 | なし　　・　　あり　　前回担当専門職（　　　　　　　　　） |

※注意事項

１．受付後に専門職との調整を行います。

希望日時がある場合は２週間前までにお申し込み下さい。

２．当日の参加者の体調の確認をお願いします。

問い合わせ先

●リハビリ専門職

沖縄県理学療法士協会　宮古支部

電話：０９８０－７３－６４８１（担当：砂川）

●栄養士・歯科衛生士

地域包括支援センター

電話：０９８０－７９－０８１１