

「アセスメント支援事業」申込書(事業所用)

★リハビリ専門職の利用申込み

申込日： 年 月 日

① メール (okiptmiyako@gmail.com)

② FAX：0980-74-7736

★管理栄養士・歯科衛生士の申込み

地域包括支援センター

① FAX：0980-79-0337

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
	希望時間： 午前 ・ 午後
	希望日時： 月 火 水 木 金 (複数記入可)
希望する専門職	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
訪問場所	事業所(職員対象)・自宅・その他
相談内容 (複数選択)	<例> ○事業所内で専門職に職員向け研修会の講師をやってもらいたい ○運動プログラムの立案・見直しについてアドバイスがほしい ○食形態の見直し・食事介助方法についてアドバイスがほしい ○利用者の自立支援について教えてほしい ○指示の入りにくい方への支援方法を教えてほしい ○体位保持(例：食事、臥位、安楽な姿勢等)について助言がほしい ○発声練習や口腔体操について ○口腔ケアについて教えてほしい ○バランスの良い食事について相談したい 等 自由記載：
参加者	人 ☐ ケアマネ ☐ 本人 ☐ 家族 ()
利用歴	なし ・ あり 前回担当専門職 ()

問い合わせ先

●リハビリ専門職 沖縄県理学療法士協会
電話：0980-74-7735 (担当：右田)

●栄養士・歯科衛生士 地域包括支援センター
電話：0980-79-0811