

「アセスメント支援事業」申込書 (ケアマネ用)

★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

申込事業所	
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	

★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

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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 生活課題となっている動作の工程分析 <input type="checkbox"/> 生活課題の原因の明確化 <input type="checkbox"/> 予後予測及び目標の具体化 <input type="checkbox"/> 移乗・移動・体位保持に関するもの <input type="checkbox"/> 住環境の評価・住宅改修や福祉用具選定 <input type="checkbox"/> 生活課題解決に向けたサービスの選定 <input type="checkbox"/> 食事介助に関するもの <input type="checkbox"/> 食形態・食事時の姿勢に関するもの <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 口腔ケアについて <input type="checkbox"/> 義歯・口腔内の評価 <input type="checkbox"/> 歯科受診の相談(訪問歯科診療の利用について) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> バランスの良い食事に関するもの <input type="checkbox"/> 自宅での自主トレ等の提案 自由記載：
参加者	人 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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

● **栄養士・歯科衛生士** 地域包括支援センター

電話：0980-74-7735 (担当：右田)

電話：0980-79-0811