

# 「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

高齢者支援課介護予防係

FAX:0980 - 73 - 1965

☆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 - 75 - 0657

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	

※個人情報を含む基本情報等の FAX 送信は不可

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 どの曜日也可
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)	<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 ↑いすれかに○をつけて下さい。 <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低下の場合はまず主治医へ相談を) <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( ) <input type="checkbox"/> その他( )

## ※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早め(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。風邪症状のある方の参加は控えて下さい。

☆提出時に下記の持参をお願いします。

① 申込書(ケアマネ用)	
② 利用者基本情報等	

## 問い合わせ先

宮古島市高齢者支援課 介護予防係  
TEL:73 - 1979