

# 「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★

申込日: 令和 年 月 日

☆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 ↑いずれかに○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 ( ) <input type="checkbox"/> 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