令和　　　年　　月　　日

様式４

　　訪問型短期集中予防サービス事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

申込者　事業所名

担当者名

連絡先

訪問型短期集中予防サービス依頼書

次のとおり訪問を依頼します。

１　訪問を希望する者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | | |
| 氏名 | ふりがな  （自署） | | 要介護度 | □事業対象者  □要支援１  □要支援２ |
| 住所 |  | | 利用中のサービス | □利用なし  □福祉用具  （　　　　　　　）  □住宅改修 |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　　日 | | 電話番号 |  |
| 添付書類  　　　□　利用者基本情報　　　□　基本チェックリスト　　　□　ケアプラン  　　　□　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

２　訪問希望

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問日時 | 令和　　年　　月　　日（　　　）　　時から　　　時まで |

３　連絡事項

|  |  |
| --- | --- |
| 本人が望む（取り戻したい）暮らし |  |
| 支障を来している生活行為（ADL/IADL） | 調理・掃除・洗濯・片付け・ごみ捨て・買物・金銭管理・薬の管理・外出・コミュニケーション・食事・更衣・整容・入浴・排泄・その他（　　　　　　　）  <様子＞ |
| 助言を希望する内容について | □　生活行為の阻害要因　　□　回復・改善可能な事柄  □　改善のための効果的な取り組み  □　その他（　　　　　　 　　　　　　　　　　　）  ＜内容＞ |