様式１

例

リハビリテーション専門職派遣依頼書

　　　年　　月　　日

　地域包括ケアサポートセンター

　　　　　　　　　　　　　　病院　宛

　　　　　　　　市町村・地域包括支援ｾﾝﾀｰ名：

　　　　　　　　担当者職氏名：

　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　E－mail：

リハビリテーション専門職の派遣を、下記のとおり依頼いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第１希望　：　　　年　　月　　日　(　：　　～　：　) | |
| 第２希望　：　　　年　　月　　日（　：　　～　　：　） | |
| 第３希望　：　　　年　　月　　日（　：　　～　　：　） | |
| 派遣先  及び所在地 | 派遣先：  所在地： | |
| 希望職種 | □理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士　□その他(　　　　　) | |
| 依頼内容 | ※ | 具体的内容 |
| その他(費用等) |  | |

　※支援内容　１：地域ケア会議　２：介護予防教室　３：通いの場(サロン含む)　４：研修会の講師　５：その他

※地域包括ケアサポートセンター記入欄

協力機関

　　　　　　　　　　　　　　　御中

　　上記のとおりリハビリ専門職の派遣を依頼いたします。

地域包括ケアサポートセンターから協力機関に派遣依頼をする際に使用

様式２

リハビリテーション専門職派遣報告書

　　　年　　月　　日

　地域包括ケアサポートセンター

　　　　　　　　　　　　　　病院　宛

　　　　　　　　協 力 機 関 名 ：

　　　　　　　　担 当 者 職 氏 名 ：

　　　　　　　　電 話 番 号 ：

　　　　　　　　E － m a I l ：

リハビリテーション専門職の派遣について下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣日時 | 年　　月　　日　(　：　　～　：　) | |
| 派遣先  及び所在地 | 派遣先：  所在地： | |
| 派遣職員 | □理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士　□その他(　　　　　) | |
| 所属：  氏名： | |
| 支援内容 | ※ | 具体的内容 |
| 派遣による効果  □非常に効果がみられた  □やや効果がみられた  □効果がみられた  □効果がみられなかった  □不明 | |

※支援内容　１：地域ケア会議　２：介護予防教室　３：通いの場(サロン含む)　４：研修会の講師　５：その他