

松戸市地域リハビリテーション活動支援事業

申込書

申込年月日 令和 年 月 日

団体名	
代表者氏名（連絡窓口）	
代表者連絡先	住 所 電 話 メー ル
希望日	第1希望： 令和 年 月 日（ ） 第2希望： 令和 年 月 日（ ） 第3希望： 令和 年 月 日（ ）
希望時間	第1希望： 時 分 ～ 時 分 第2希望： 時 分 ～ 時 分
会場 （個別支援の場合は住所）	名称 住所 電話 DVD使用 可・不可・使用・不使用 パワーポイント使用 可・不可・使用・不使用
予定人数	人
依頼内容	<input type="checkbox"/> 講演 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 個別支援(別紙記入) <input type="checkbox"/> 耳の聞こえに関する個別相談(会) 詳細（ ）
備考	

- ・持病をお持ちの方は、必ず主治医等にご確認のうえ、参加するようにしてください。
- ・講座及び助言による怪我等につきましては一切の責任を負いかねます。

※市担当記入欄	※リハ連記入欄

※個別支援・アセスメント支援の場合は次ページも記入してください。

(個別支援・アセスメント支援の場合は以下を記入)

利用者基本情報	
氏名・性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和 年 月 日 (年齢 歳)
認定等	認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護_____ 認定状況 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 認知症自立度 ()
インテーク時の課題	<既往歴> <生活課題>
想定しているサービス	<input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 指定相当 (訪問・通所) <input type="checkbox"/> 訪問型元気応援サービス (生活支援・困りごと) <input type="checkbox"/> 短期集中予防サービス <input type="checkbox"/> その他 ()
リハ職に支援を求める内容	
添付資料	<input type="checkbox"/> 有※ADL・IADLの詳細が分かる資料を添付すること <input type="checkbox"/> 無
利用者の同意有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無