鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用(終了)申込書

年 月 日

鶴岡市長様

介護予防・日常生活支援総合事業を利用(終了)したいので下記のとおり申込みます。

記

フリガナ 氏 名		生年月日	大 年 月 日 昭									
住所	鶴岡市	電話										
緊急時の連絡先	氏名 住所	利用者と の 関 係 電 話										
かかりつけ 医療機関		診療科医師名										
サービス名 ※終了の場合 は理由	住 民 主 体 サ ー ビ ス (訪問型サービス B ・ 通所型サービス B) 短期集中予防サービス (訪問型サービス C ・ 通所型サービス C)											

この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。

以下、長寿介護課記入欄(申込者は記入しないでください)

			事		業	文	才	象		者				要支	援 認 定
生	活	運	動	栄	養	П	腔	外	出	認	知	う	つ	女 又 1	
	点		点		点		点		点		点		点	要支援 1	要支援2

※包括または居宅名

短期集中予防サービス(通所型C・訪問型C) 運動器機能向上プログラム利用に係るチェックシート

問A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか?	lŧv	いいえ					
	「はい」の場合、その理由は何ですか?	当てはまる項目に✓						
	〇 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)							
	〇 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)							
	〇 糖尿病、呼吸器疾患などのため							
	〇 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため		J					
	〇 その他(具体的にご記入ください)		(:要·否::)					
問B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか?	l‡r,	いいえ					
	T							
	「はい」の場合、その理由は何ですか?	当てはまる項目に✓						
	〇 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)							
	〇 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)							
	〇 糖尿病、呼吸器疾患などのため							
	〇 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため		J					
	〇 その他(具体的にご記入ください)		要否					
	ζ							
	【運動機能向上プログラム利用にあたって医師の判断の有無の判断方法】							
	①包括(居宅)は、短期集中予防サービス運動機能向上プログラムを利用希望者に上の内容を聞き取り情報収集する。	ニ記チェックシート						
	②問Aまたは問Bで「はい」(理由がその他以外)の場合は、医師の判断を求める。							
	③問Aまたは問Bで理由が「その他」の場合、再度聞き取りを行った上で、必要に応じ求める。	て医師の判断を						
	④医師の判断のための「利用確認書」は鶴岡市医療・介護連携様式3を使用する。							
*:	地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)担当者の判断の結果							
	医師による適否確認 (必要 ・ 不要)							
	⇒医師の判断が必要な場合は、主治医に「利用確認書」をFAXし、事業利用の適否を確認する (FAXで回答をもらう)							

) 担当:(