

(第3条関係)

年 月 日

足利市短期集中予防サービス事業利用申請書

足利市長 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号

足利市（訪問型・通所型）短期集中予防サービス事業実施要綱第3条に基づき、下記のとおり申請します。なお、利用（利用中含む。）にあたって関係者が、対象者のかかりつけ医に医療情報の提供を受けることを承諾します。

対象者氏名	被保険者番号（ ）		性別	男・女
対象者住所				
対象者認定状況	支援1・支援2・事業対象	生年月日	年 月 日（ 歳）	
次のとおり状態を申告します				
ケアマネジャー	居宅名： 氏名：			
自立に向けた改善の意思	・ある ・ない			
目標を記載したケアプラン	・ある ・ない			
訪問(通所)看護・リハビリテーションの利用	・ない ・ある（ ）			
病歴	病名	いつ頃から	医師・医療機関	
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
内服薬	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血管の薬 <input type="checkbox"/> その他			
利用開始予定	年 月 日 事業所：			
診療情報提供書	要 ・ 不要			

この用紙に記入した内容など私の個人に関する記録について、介護予防ケアマネジメント等担当者および本事業受託事業者に提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名_____

----- 【 介護支援専門員記載欄 】 -----

<主治医>

病(医)院名		TEL	
住所			
科名		主治医名	

<総合状況>

目的 （短期集中予防サービスを利用することにより日常生活をどう変えたいか）	
対象者の 身体状況	