様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**リハビリテーション専門職派遣　依頼・報告書**

**（1）派遣依頼**：派遣依頼元（市町・地域包括支援センター）が記入、依頼先へ提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼元市町  (地域包括支援センター） | 掛川市  担当者： | |
| 派遣希望日時 |  | |
| 派遣場所 |  | |
| 電話番号・FAX番号 | 電話：　　　　　　　　　　　　FAX： | |
| メールアドレス | 有　無　有の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 依頼事業種類 | 住民主体の通いの場　　介護予防教室  □地域ケア会議　　　　　□サービス担当者会議  研修会･講習会　　訪問事業所　　□通所事業所  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | 参加職種：  参加人数：　　　 人 |
| 派遣事業内容 | 転倒予防・体操教室　認知症相談・予防　高次脳機能障害相談・教室  住宅環境、福祉用具相談・教室　摂食、嚥下相談・教室  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 具体的な依頼内容 |  | |
| 派遣職種 | 理学療法士 　作業療法士　 言語聴覚士 　特に指定なし | |

**（2）実績報告**：派遣依頼元が記入し、依頼先または市へ提出

|  |  |
| --- | --- |
| 指導・助言に対する評価 | 満足　　　　やや満足　　　普通　　　　やや不満　　　 不満 |
| 指導・助言に対する意見等  （役立ったこと、問題点、今後の課題などを具体的に記載してください。） |  |

＊記載しきれない場合は、別紙に記載をお願いします。