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。