専門職による同行訪問依頼書

　　年　　月　　日

鶴ヶ島市長　様

依 頼 者

事業所名

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

次のとおり専門職（作業療法士等リハビリ職・管理栄養士）の同行訪問を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | （男・女） | 年齢 | 　　　　歳 |
| 住所 | 鶴ヶ島市 |
| 要介護度 | 事業対象者　・　要支援　・　要介護　・　認定なし |
| 依頼理由 |  |

・本サービスは、治療を目的としたものではありません。

・利用者が自身の必要な個人情報を専門職へ提供することに同意を得た上で、御提出ください。

・利用者基本情報等参考となる書類があれば添付してください。

・具体的な日程調整は専門職と直接行うこととなります（希望の日程が難しい場合もあります。）。