**同行訪問によるケアマネジメント支援事業　申込書（兼結果報告書）**

尼崎市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地域ケア会議実施日 | | | 年　　月　　日 | ケア会議実施地域 | 地区 |
| 申込者  (事例提供者) | 法人名 |  | | 事業所名 |  |
| 氏　名 |  | | 連絡先電話番号 |  |
| 同行する専門職 | 職　種 |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 対象者 | 住　所 |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 訪問予定 | 訪問日時 | □　　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分頃予定　・　□未定 | | | |
| 訪問先 | □対象者自宅　　□その他（尼崎市　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 特に助言が欲しい点  解決したい課題など | |  | | | |

（以下は実際の同行訪問後に報告してください。）

報告日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問実績 | 訪問日時 | 年　　月　　日（　　）　　　　時　　　分～ |
| 訪問先 | □対象者自宅　　□その他（尼崎市　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 専門職からの助言等 | |  |
| 助言を踏まえた  申込者の対応（予定） | |  |

【アンケート欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 専門職同行によるケアマネジメント支援は役に立ちましたか | □　非常に役に立った、　　　　□　役に立った、  □　どちらともいえない　　　　□　役に立たなかった |
| その理由等 |  |