

リハビリテーション専門職派遣申請書
(同行訪問用)

(※) 利用者・ご家族の同意を得たうえでご提出ください。 申請日: 令和4年5月10日

申請者情報	所在地	浜松市中区元城町103-2			
	名称	地域包括支援センター浜松			
	代表者	浜松 太郎			
	担当者	浜松 花子			
	連絡先	TEL	457-2361	FAX	458-4885
	メール (あれば記載)	kourei@city.hamamatsu.shizuoka.jp			

【申請内容】

1 訪問回数	1回目				
2 開催日時	《第1希望日》	令和4年8月10日(水)	14:00~15:00		
	《第2希望日》	令和4年8月24日(水)	14:00~15:00		
3 利用者情報	フリガナ	スズキ タロウ		《年齢》	85歳
	《氏名》	鈴木 太郎			
	《介護度》	要支援1		《ケアプラン》	無
	《住所》	浜松市中区砂山町〇〇〇			
4 訪問目的 (主なものを2つまで)	①	運動指導または生活指導のアドバイス	②		
	※その他の理由 ()				
5 依頼内容	変形性膝関節症が悪化し、令和4年6月末に手術を受けた。退院後、自宅に戻り一人暮らしを継続しているが、痛みや転倒に対する不安があり、閉じこもりがちになっており、自宅でも必要最低限の家事を行うほかは、座って過ごすことが多い。自宅で行える下肢筋力トレーニングや体操等ご指導いただきたいほか、転倒なく安全に歩行ができるよう助言をいただきたい。				

【講師決定通知(※事務処理欄※)】

上記申請について、以下のとおり派遣を決定いたします。なお、派遣にかかる連絡・調整は直接下記までお願いいたします。

講師	所属	浜松市病院			
	氏名	遠州 康子	職種	理学療法士	
	連絡先	電話	457-2789	(12:00~13:00 または17:00以降であれば可)	
		メール	ensyu@city.hamamatsu.shizuoka.jp		
開催日	令和4年8月24日(水) 14:00~15:00				

【実績報告】

1 訪問を行って良かったこと(主なものを2つまで)
※②その他を選択した場合は、3「指導・助言に対する意見等」にその内容を記載してください。

2 講師の指導・助言に対する評価

3 指導・助言に対する意見等(役立ったこと、問題点、今後の課題等を具体的に記載してください。)

① 本人の自立意欲が高まった

②

満足

病院でのリハビリ指導は、自宅に帰ると忘れてしまったとのこと。今回の訪問では、本人が忘れてしまわないよう、自宅で行える運動方法がまとめたあるパンフレットをご持参いただき、それに基づきながら具体的にご指導いただいた。また、転倒なく安全に歩行ができるよう、その方法と日常生活を送るうえでの注意点を説明していただいた。本人からも「これならできそう。自信がいたら外出してみたい。」と意欲的な発言が聞かれた。

4 今後の訪問予定 (※) 有の場合は、様式2-2を改めて申請してください。

予定	有	(日程) ※リハ職と日程を決定	令和4年11月9日(水) 14:00~15:00
2回目の同行訪問を行う理由	1回目の訪問で、リハビリ内容の指導を受け、3か月間行った成果を確認したいとの希望があったため、2回目の同行訪問を実施したい。		