短期集中予防型訪問サービス実施説明書（暮らし活性化コース）

●　サービスの安全な実施や適切な支援を行うため、本サービスで知り得た個人情報をいきいき支援センターやケアマネジャー、行政機関に提供することがあります。

●　緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生により、サービス提供の中止・終了をすることがあります。その場合、緊急連絡先に連絡を行う等、必要な措置を講じます。

●　キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。事前連絡のないキャンセルが2度あった場合、本サービスは終了となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 様 | サービス提供者  所属・氏名  連絡先 |  | |
| 被保険者番号 |  |
| 対象者区分 | 事業対象者・要支援１ ・ 要支援２ | | | |
| わたしの目標 | | | | |
| 本人：  終了後の目標：  ケアプラン： | | | | |
| 目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等 | | | | 特記事項 |
|  | | | |  |
| 利用期間 | 年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| 訪問日 | 〇月〇日〇曜、〇月〇日〇曜、〇月〇日〇曜、〇月〇日〇曜　（〇時から〇時まで） | | | |
| 緊急連絡先  （家族等） |  | | | |

上記計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意年月日　　　　　　年　　　月　　　日

利用者署名欄

苦情相談受付窓口（平日9：00～17：00）

【制度全般に関すること】　名古屋市健康福祉局高齢福祉課　　℡：052-972-2540

【サービス提供に関すること】　愛知県理学療法士会　　℡：052-972-6295