リハビリ相談ＦＡＸ連絡用紙（協力病院･施設用）

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | □中丹西地域リハビリ支援センター(福知山市民病院　0773-22-6334）  □中丹東地域リハビリ支援センター(舞鶴赤十字病院　0773-75-2094）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　リハビリ相談担当　行 |
| 送信日 | 令和　 　　年 　　　月 　　　日 |
| 送信者 |  |
| 連絡事項 | 以下の通り、リハビリ相談がありましたので連絡します。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相  談  者 | 氏　名 | | □事業所  （ 　　　　 ）  □本人　□家族　□その他（ 　 ） | | |
| 住  所 | □舞鶴市  □綾部市  □福知山市 | | 連絡先  TEL |  |
| 相  談  内  容 | □在宅でのリハビリ指導　□施設でのリハビリ指導　□住宅改修アドバイス  　□テクノエイド福祉用具アドバイス　□職員研修講師　□リハビリ資源情報 | | | | |
|  | | | | |
| 対  応 | 当事者：  □今後の対応を中丹地域リハビリ支援センターに依頼します。  　□こちらで訪問指導を行う予定です。  　　　　訪問予定日時；（　　　月　　　日　　　時　　　分～）  　　　　訪問指導講師氏名；（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

　 ※受付確認後、病院長宛に講師派遣依頼公文書を郵送させていただきます。