リハビリ相談ＦＡＸ連絡用紙（事業者用）

|  |  |
| --- | --- |
| 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、リハビリ相談サービスの依頼をします。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所相  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 | | | | |
|  | | | | |
| 備考 | 当事者：  　かかりつけの医療機関：  　現在までのリハビリ歴：  　利用中のサービス（種類・頻度）：  　訪問希望日時： | | | | |

　 ※FAX受信後、電話にて確認させていただきます。（営業時間外は翌営業日）

　　 　　緊急時や担当者から連絡がない場合は電話連絡をお願いします。