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。