

=リハビリテーション相談支援依頼連絡票=

平成 年 月 日

戸畑リハビリテーション病院
リハビリテーション相談支援窓口
大森 宛

FAX: 861-1503

【発信元】

事業所名:

所在地:

担当者:

連絡先:

対象者	歳 (男・女)		住所 (区)	区
	要介護度		主疾患名	
相談内容	※該当する項目にチェックしてください (複数選択可)			
	<input type="checkbox"/> 自立支援に向けたケアプランに関すること <input type="checkbox"/> 身体機能評価に関すること <input type="checkbox"/> 福祉用具・住宅改修に関すること <input type="checkbox"/> 運動方法や負担の少ない生活行為への助言 <input type="checkbox"/> コミュニケーションや嚥下に関すること <input type="checkbox"/> 介護サービス提供者 (ヘルパーや通所介護等) への助言 <input type="checkbox"/> その他 ()			
※具体的な内容についてご記入ください				
()				