南丹圏域地域リハビリテーション支援センター

リハビリ相談・相談申込書

申込み日時	年　　月　　日
依頼者（担当者）	所属名：＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿　職種：＿＿＿＿＿＿
希望連絡先	TEL:＿＿＿＿＿＿　連絡希望の時間帯：＿＿＿＿＿＿ メールアドレス：　※メールでの対応希望のみ ＿＿＿＿＿＿
相談したい内容	該当箇所に〇をお願いします。 １．訪問（通所）リハサービスの適応かどうか迷っている。 ２．ケアプランを作成・見直しするうえでリハビリ専門職の助言がほしい。 ３．通所介護・訪問介護利用時の生活活動の工夫について知りたい。 ４．家屋改修・福祉用具の選択について助言が欲しい。 ５．リハビリプログラムについての相談がしたい。 ６．障がい、動作能力の評価をしてほしい。 ７．研修会の講師派遣をお願いしたい。 ８．リハビリ資源に関する情報提供をしてほしい。 ９．その他（ご自由にご記載下さい。） 〔　　〕
希望する助言方法	該当箇所に〇をお願いします。 １．電話相談 ２．担当ご利用者宅や利用施設先へ同行してほしい。 ３．その他（ご自由にご記載下さい。） 〔　　〕
具体的な依頼内容	※スペースが足りない場合は別途資料を添付してください。

〈お問い合わせ先〉

京都府南丹圏域地域リハビリテーション支援センター（京都中部総合医療センター リハビリテーション科内）

TEL：0771-42-2510(病院代表)　/　FAX：0771-42-5071 / Mail：rehashien@kyoto-chubumedc.or.jp

担当者：桝田（ますだ）宏司・高位篤史・井爪啓之