

南丹圏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	<p>該当箇所に○をお願いします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訪問（通所）リハサービスの適応かどうか迷っている。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4. 家屋改修・福祉用具の選択について助言が欲しい。</li> <li>5. リハビリプログラムについての相談がしたい。</li> <li>6. 障がい、動作能力の評価をしてほしい。</li> <li>7. 研修会の講師派遣をお願いしたい。</li> <li>8. リハビリ資源に関する情報提供をしてほしい。</li> <li>9. その他（ご自由にご記載下さい。）</li> </ol> <p style="text-align: right;">{ _____ }</p>
希望する助言方法	<p>該当箇所に○をお願いします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 電話相談</li> <li>2. 担当ご利用者宅や利用施設先へ同行してほしい。</li> <li>3. その他（ご自由にご記載下さい。）</li> </ol> <p style="text-align: right;">{ _____ }</p>
具体的な依頼内容	<p>※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。</p>

〈お問い合わせ先〉

京都府南丹圏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-chubumcdc.or.jp

担当者：谷本 篤紀（理学療法士）、高位 篤史（理学療法士）