

地域リハビリテーション申込書

記入日	平成 年 月 日 () 曜日					
申込み	フリガナ				申込者名 (施設の場合職種 :) (個人の場合続柄 :)	
	名称 (名前)	(施設の場合区分 :)				
	住所	電話番号 () -				
個人申込みの方は記入してください	身体障害者手帳	第	号	等級	種 級	
	障がい名				(再)交付日 昭和 年 月 日 平成	
訪問希望日	第一希望	平成	年	月	日	曜日 [時間] : ~ :
	第二希望	平成	年	月	日	曜日 [時間] : ~ :
	第三希望	平成	年	月	日	曜日 [時間] : ~ :
相談内容	1. どちらかをお選びください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> A 集団相談(職員指導・集団体操等) B 個別相談(施設の場合2~3名まで) </div>					
	2. 該当項目を○で囲み、具体的な内容を下記に記入してください。 施設職員支援、基本的介助法、日常生活活動援助、補装具、住宅改造、リハビリ、その他 個別相談の場合は「事前調査書」を送付しますので、詳細はそちらに記入してください。 ※個人情報を含みますので、取扱いには十分注意してください。 ※訪問は10時~15時の間で、相談時間は1時間~2時間程度とさせていただきます。 ※医療機関や施設でリハビリを受けている方、既にセラピストへ相談をされたことがある方はご遠慮ください。					