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	ﾌﾘｶﾞﾅ			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 平成	年	月	日
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。 A　集団相談(職員指導・集団体操等)　　B　個別相談（施設の場合3名まで） 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。 B. 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 （補装具、リハビリ、基本的介助法、日常生活活動援助、施設職員支援、住宅改造、その他） ※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。 ※訪問は平日10時～15時の間で、相談時間は２時間までとさせていただきます。 ※現在セラピストよりリハビリを受けている方はご遠慮ください。								

宮崎県身体障害者相談センター

担当：作業療法士　藤田　幸志郎
理学療法士　古川　勝政
TEL:0985-29-2556、FAX:0985-31-3553