

# リハビリテーション訪問相談申込書

記入日	令和 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)	(施設種別 : )		
	住所	郵便番号 ( - )  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
	障がい名			(再) 交付日 大正 年 月 日 昭和 平成 令和
訪問希望日	第一希望	令和 年 月 日	曜日 [時間]	: ~ :
	第二希望	令和 年 月 日	曜日 [時間]	: ~ :
	第三希望	令和 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;"> <div style="text-align: center;">A 集団相談(職員指導・集団体操等)</div> <div style="text-align: center;">B 個別相談 (別紙「個別相談事前調査書」に記入してください)</div> </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。  (補装具・福祉用具、訓練方法、介助方法、講義、高次脳機能障がい、その他)			
<p>※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。                  ※訪問は平日午前10時～午後3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テーションを受けている方はご遠慮ください。</p>				

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