

=リハビリテーション相談支援依頼連絡票=

令和 年 月 日

リハビリテーション相談支援窓口 宛

FAX: —

【発信元】

事業所名:

所在地:

担当者:

連絡先:

個別事例相談内容

対象者	歳 (男・女)	住所 (区)	区
	要介護度	主疾患名	
希望職種	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 ※希望の専門職が対応できない場合もあります		
相談内容	※該当する項目にチェックしてください (複数選択可) <input type="checkbox"/> 自立支援に向けたケアプランに関する事 <input type="checkbox"/> 身体機能評価に関する事 <input type="checkbox"/> 福祉用具・住宅改修に関する事 <input type="checkbox"/> 運動方法や負担の少ない生活行為への助言 <input type="checkbox"/> コミュニケーションや嚥下に関する事 <input type="checkbox"/> 高次能機能障害に関する事 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的な内容等についてご記入ください []		

事業所支援

希望職種	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 ※希望の専門職が対応できない場合もあります		
依頼内容	※該当する項目にチェックしてください <input type="checkbox"/> カンファレンス等での自立支援に向けたリハビリに関する助言 <input type="checkbox"/> 活動や参加を高めるための助言 <input type="checkbox"/> 事業所内勉強会の助言等 <input type="checkbox"/> 施設等で行うプログラム等に関する相談 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的な内容等についてご記入下さい。 []		