

FAX:096-354-1736

熊本地域リハビリテーション広域支援センター 青磁野リハビリテーション病院 宛

<リハビリ相談依頼書>

熊本地域リハビリテーション広域支援センターでは、介護予防等事業関係者の皆様からのリハビリテーションに関するご相談に対応します。

送信期日	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

所属	<input type="checkbox"/> 介護保険事業所従事者 <input type="checkbox"/> 介護支援相談員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 市町村(地域包括支援センター以外) <input type="checkbox"/> その他()		
施設名		住所	
相談者名		職種	
TEL		FAX	
E-mail			

<相談内容>

相談される内容項目の枠内に○を付け、相談内容の詳細を下欄にご記入ください。

1. リハビリテーション

体位変換 起居動作 移乗動作 歩行 その他

2. 福祉用具選定

車いす 歩行補助具 手すり 入浴補助具 その他

3. 住宅改修

手すりの取り付け 段差解消 便器取替え その他

4. 評価方法

運動器評価 言語障害 嚥下障害 その他

5. その他

転倒予防 腰痛予防 口腔ケア その他

<相談内容の詳細>

<コメント>

相談窓口(送信先)

〒860-8515 熊本市西区島崎2丁目22番15号

熊本地域リハビリテーション広域支援センター 青磁野リハビリテーション病院 担当:徳丸、吉武

◆受付時間:8:30~17:00 (月~金)

◆TEL:096-354-1731(代表)

◆FAX:096-354-1736

◆E-mail:kouiki@seijino.or.jp

※いずれの方法でもご相談を受け付けております。