地域リハビリテーション広域支援センター相談申込書

【依頼内容】(該当箇所にレ点をご記入下さい)
□1)住宅改修相談(手すり取り付け、段差解消、便器取替え等)
□2)福祉用具の選定の相談(車椅子、歩行補助具、入浴補助具等)
□3)介護従事者への援助または研修
(移乗動作、体位交換、起居・起立・歩行動作等)
□4)リハビリテーション従事者に対する援助または研修依頼
(言語障害、嚥下障害、脳卒中後遺症、骨折後遺症、情報提供等)
□5)在宅医療に関する相談(口腔ケア、排泄ケア、お薬相談、栄養相談等)
□6)その他(腰痛予防、転倒予防等)

申込日時:　　年　　月　　日
依頼者(担当者)氏名:(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様)　職種:(　　)
所属施設名:(　　)
電話／FAX:(TEL　　／FAX　　)
連絡希望時間帯(　　)＊都合によりご希望に添えない場合があります
メールアドレス(　　)＊メールでの対応希望の場合のみ

具体的な依頼内容

地域リハビリテーション広域支援センター(出水総合医療センター)
TEL:0996－67－1657　　FAX:0996－67－1769
メールアドレス:izumihp-re@po.minc.ne.jp
担当者:地域医療連携室:メディカルソーシャル・ワーカー