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：地域医療支援センター:メディカルソーシャル・ワーカー