**リハビリ相談FAX連絡票**

**回答送付先FAX番号　：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先 | 病院　　リハビリテーション担当者　様 | | | | | |
| 送信日 | 令和　　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | |
| 依頼者 | 事業所名： | | | | | |
| 電　　　話： | | | | | |
| 氏　　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | | T ・ S ・ H 　　年 　　月　 　　日 | | |
| 利用者住所 |  | | | | 性別 | 男　・　女 |
| **相談内容** | | | **ご回答** | | | |
| 入院中のリハビリについて  リハビリ実施に関するリスク・注意事項  動作・ADLについて  その他  （内容） | | | 氏　名：  職　種：  返信日： | | | |