**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： |