

在宅のリハビリ・
機能訓練担当者

から

病院のリハビリ担当者

リハビリ相談 FAX 連絡票

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		回答		
<input type="checkbox"/> 入院中のリハビリについて <input type="checkbox"/> リハビリ実施に関するリスク・注意事項 <input type="checkbox"/> 動作・ADL について <input type="checkbox"/> その他 (内容)		氏 名: 職 種: 返信日:		

回答送付先 FAX 番号 :