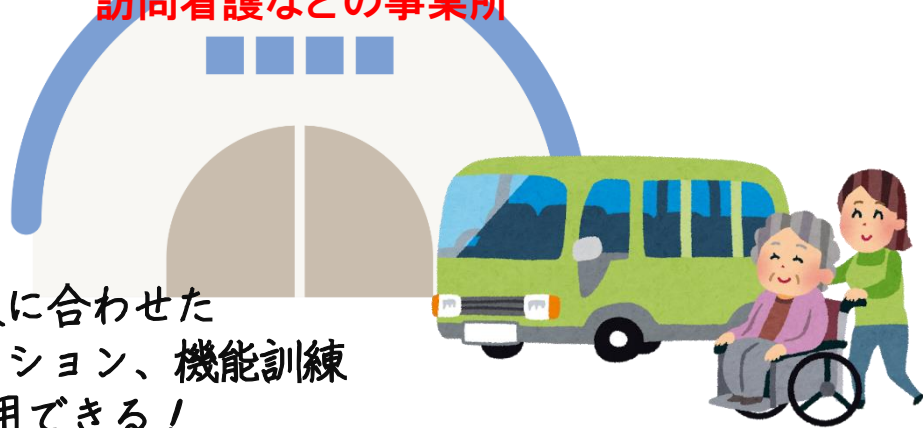


リハビリ相談 FAX 連絡票 -お問合せと回答返信の流れ-

デイケア・デイサービス
訪問看護などの事業所



ご本人に合わせた
リハビリテーション、機能訓練
に活用できる！



FAX が返信される

①問合せ FAX
を受付窓口
に送る

担当ケアマネ、本人・家族などが持っている
情報を確認した上でご利用ください



在宅のリハビリ・機能訓練担当者		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科 様		
送信日	令和 年 月 日	事業所名	
依頼者	姓 名	性別	
利用開始日	送付月日 年 月 日	性別	男 女
ご相談内容		ご回答	
<input type="checkbox"/> 入浴中のリハビリについて <input type="checkbox"/> リハビリ実施に関するスタッフの指導事項 <input type="checkbox"/> 動作・ADL について <input type="checkbox"/> その他 (内容)		氏 名 職 名 印 鑑	
回答送付先 FAX 番号		〒	

②リハビリ担当者が回答を記入して
この FAX 番号に返信する

