

リハビリテーション

担当者宛

\* (かがみ不要) (FAX: 0986-22-7117)

## 【リハビリの困りごと 相談シート】

相談日 令和 年 月 日

相談者所属・氏名・連絡先 (事業所・部署名)	事業所名: 氏名: TEL: FAX:
職種 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他( )
回答希望日	令和 年 月 日までに回答希望

< 下記の相談があります >

利用者情報	居住地: 町 年齢: 歳 性別: 男 ・ 女
かかりつけ医療機関 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (場所: )
相談内容 該当するものに☑をつけてください (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1. リハビリの方法についての助言 (歩行、嚥下、コミュニケーション、ADL 全般など)  <input type="checkbox"/> 2. 住宅改修、福祉用具の選定についての助言  <input type="checkbox"/> 3. リハビリの導入についての助言  <input type="checkbox"/> 4. その他についての助言

令和 5 年 3 月 宮崎県理学療法士会 作成