|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記入日** | 令和 　　年　 　月　 　日（　　 ）曜日 | | | | | | | |
| **申 込 み** | **フリガナ** |  | | | **フリガナ** |  | | |
| **名称(名前)** | （施設種別：　　　　 　　　) | | | **申込者名** | (施設の場合 職種： 　 　 　　) (個人の場合 続柄：　　 　 　) | | |
|
| **住所** | 郵便番号（　　　　－　　　　）   電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | |
| **個人申込みの方は記入してください** | **身体障害者手帳** | | | 第　　　　　号 | | **等　級** | 種　 　　級 | |
| **障がい名** |  | | | | **(再)交付日** | 大正  昭和 平成 令和 | 年 　月　 日 |
|
| **訪問**  **希望日** | **第一希望** | | 令和　　年　　　月　　　日　　　曜日［時間］　 ： 　～ 　： | | | | | |
| **第二希望** | | 令和　　年　　　月　　　日　　　曜日［時間］　 ： 　～ 　： | | | | | |
| **第三希望** | | 令和　　年　　　月　　　日　　　曜日［時間］　 ： 　～ 　： | | | | | |
| **相談内容** | 1.　どちらかをお選びください。  A　集団相談(職員指導・集団体操等）　　　　　　　　　B　個別相談 （別紙「個別相談事前調査書」に記入してください） | | | | | | | |
| ２．該当項目を○で囲み、具体的な内容を下記に記入してください。  　　（補装具・福祉用具、訓練方法、介助方法、講義、高次脳機能障がい、その他） | | | | | | | |
| ※個人情報を含みますので、取扱いには十分注意してください。 ※訪問は平日午前１０時～午後３時の間で、相談時間は２時間までとさせていただきます。 ※現在、他のセラピストよりリハビリテーションを受けている方はご遠慮ください。 | | | | | | | |

**リハビリテーション訪問相談申込書**

（様式１）

宮崎県身体障害者相談センター　　担当：作業療法士　厚ヶ瀬　龍介

　　　理学療法士　古川　勝政

　TEL：0985-29-2556　FAX：0985-31-3553