|  |  |
| --- | --- |
| **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