

大津市リハビリテーション相談 申込書

申込み日時	年 月 日
依頼者（担当者）	所属名： 氏名（フリガナ）： 職種：
連絡先	TEL： メールアドレス：
相談したい内容	<p>該当箇所に○をお願いします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問（通所）リハサービスの適応かどうか迷っている。 2. ケアプランを作成・見直しするうえでリハビリ専門職の助言がほしい。 3. 通所介護・訪問介護利用時の生活活動の工夫について知りたい。 4. 家屋改修・福祉用具の選択について助言がほしい。 5. リハビリプログラムについての相談がしたい。 6. 障がい、動作能力の評価をしてほしい。 7. 研修会の講師派遣をお願いしたい。 8. リハビリ資源に関する情報提供をしてほしい。 9. その他（ご自由に記載してください） <p>（ ）</p>
具体的な依頼内容	<p>※スペースが足りない場合は別紙資料を添付してください。</p>
日程調整	<p>訪問の希望日・時間</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 月 日 () 時頃 2. 月 日 () 時頃 3. 月 日 () 時頃

問い合わせ先 大津市役所長寿政策課地域包括ケア推進室
 TEL：077-528-2741 FAX：077-526-8382
 Mail：otsu1498@city.otsu.lg.jp