


(様式2の1)

リハビリテーション相談票：成人・高齢者用

依頼日 令和 年 月 日

担当者	所属		TEL	
	職種 氏名		FAX	
相談対象者 氏名	様 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)		年齢	歳
要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (種 級)			
疾患名等				
相談内容	【本人・家族が気になること・相談したいこと】			
	【担当者の相談内容】 			
備考	都合の良い時間帯や曜日、相談時に配慮が必要なこと等			

※1：太枠の中の必要事項のご記入をお願いします。

※2：相談対象者の基本情報がわかる資料（インテーク等）がある場合は添付願います。

※3：上記の内容をもとに日程、支援内容を調整します。事前に電話連絡の上、依頼してください。

宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班

〒988-0066 気仙沼市東新城3丁目3番地3

電話：0226-22-6614

FAX：0226-24-4901

E-mail：kshwfz-sk@pref.miyagi.lg.jp