**リハビリ相談依頼票**

**依頼日**　令和　　年　　月　　日（　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信先 | 区西北部地域リハビリテーション支援センタ―（地独）東京都立病院機構　東京都立豊島病院　患者・地域サポートセンター | FAX | ０３－５９４４－３５３４ |
| 依頼者 | 所属 |  | 所在地 |  |
| 職種 |  | TEL |  |
| 氏名 |  | FAX |  |

**相談内容**希望する回答者（□）にチェックをしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| □医師　□PT□OT□ST□看護師 | 相談の概要□疾病や障害について□状態の変化について□機能維持リハビリ□医学的判断など。　□その他　相談を希望する内容（個別のご相談に関しては、わかる範囲で結構ですので下記にご記入をお願いいたします。　年齢（　　　歳）　　　　　　　　　　　　性別　　　　男　・　女　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）発症年月日（　　　　　　　　　　　　　　　）　経過（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　現状・後遺症等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　その他（ |
| □MSW | ＞受診・入院（評価入院）相談など。 |

＊講習会・事例検討会のご要望等ございましたら併せてご記入下さい。

【担当】

区西北部地域リハビリテーション支援センター

（地独）東京都立病院機構　東京都立豊島病院　患者・地域サポートセンター

MAIL：ts\_chiikireha@tmhp.jp　　FAX：03-5944-3534