

平成 年 月 日

派遣依頼書

澁川地域リハビリテーション広域支援センター

澁川中央病院

院長 菊地 威史 様

住 所

施設名

代表者名

㊟

下記の事項について支援を受けたく、広域支援センターの職員の派遣をお願いいたします。

記

日 時	平成 年 月 日 () : ~ :
場 所	
内 容 (支援内容に○を付けて下さい)	<p>1. 地域リハ実施機関・従事者への支援 (希望の内容に○をつけて下さい)</p> <ul style="list-style-type: none">a. 拘縮予防について (関節可動域練習の方法)b. 歩行練習の方法c. 各種体操の方法 (筋力トレーニングも含む)d. 介助方法 (内容をご記入下さい) 内容:e. 食事動作について (嚥下の基礎知識)f. ADL 評価方法についてh. その他 (内容をご記入下さい) <p>[]</p> <p>2. 住宅改修や福祉用具に関する支援 ※詳細は別途 FAX 送付願います。</p>
担当者	氏 名 : 職種 : 連絡先 :