(参考様式)

年 月 日

(あて先) 京都市地域リハビリテーション推進センター所長

(事業所名)

(所長氏名)

(住所)

TEL

FAX

京都市障害福祉サービス事業所等訪問支援事業

<情報提供書>

該当する箇所に○をつけ、わかる範囲で空欄にご記入下さい。

疾患名	
障害名	{ 先天性 ・ 後天性 (年 月頃) }
手術・入院歴	手術 { 有 (年 月) ・ 無 } 手術内容： 入院 { 有 (年 月) ・ 無 } 治療内容：
利用中の 福祉制度等	手帳 (・ 身体： 級 ・ 療育： A B ・ 精神 級) 障害支援区分 1・2・3・4・5・6 要介護区分 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
ADL 自立度	歩行 (自立 要介助) 車椅子 (自立 要介助) 食事 (自立 要介助) 排泄 (自立 要介助) 更衣 (自立 要介助) 入浴 (自立 要介助) コミュニケーション (表出 理解)
教育・療育歴	普通校 (中学 高校 大学 卒) 支援学校 (中学 高等 卒)
その他合併疾患等	☐ てんかん (発作の頻度や症状など：) ☐ 股関節脱臼 (医師からの運動制限：) ☐ 骨折歴 (発症年月日： 部位：) 配慮事項等 ()
他機関でのリハビリ (医療機関や障害福祉サービス事業所利用等)	☐ 有 (頻度や内容など：) ☐ 無
その他必要な配慮や 禁忌事項等	医師からの運動制限 { 有 (具体的内容：) ・ 無 }

最近の身体状況変化や、施設での様子

前回指導の有無（有・無）有の場合は指導後の効果、変化、更に今後に希望される事項などをご記入下さい。

前回指導日時（ 年 月 日）

※個人情報を含む書類の提出にあたっては、必ずご本人又はご家族の承諾を得、取扱いに十分注意ください。

支援担当者名 _____

【申込先】

京都市地域リハビリテーション推進センター相談課

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1番地の20

COCO・てらす1階

TEL (075) 925-7800

E-mail [申込み専用] rehabili-chiiki@city.kyoto.lg.jp