

尼崎市立身体障害者福祉センター 相談受付表

受付者	
-----	--

1. 相談者の情報

(氏名)	(年齢)	(性別)	男 ・ 女
相談に来られた方		(続柄)	
(住所) 尼崎市	(連絡先：電話番号)		
(障害名)			

2. 内容について

<p>該当する項目に○をつけてください。(複数可)</p> <p>(1) 身体機能、運動に関すること</p> <p>(2) 歩行や座位など基本動作に関すること</p> <p>(3) 車椅子の移乗、移動、操作等に関すること</p> <p>(4) 食事や排泄等の身辺処理動作に関すること</p> <p>(5) 家事、事務処理等の応用動作に関すること</p> <p>(6) 作業姿勢、肢位に関すること</p> <p>(7) 補装具に関すること</p> <p>(8) 車椅子、移動機器等に関すること</p> <p>(9) 自助具、補装具等に関すること</p> <p>(10) 言語、コミュニケーションに関すること</p> <p>(11) 社会参加、生きがい等に関すること</p> <p>(12) その他 ()</p>
<p>具体的に困っている内容があれば記載願います</p>

所長 (/)	リハビリ (/)	リハビリ (/)	リハビリ (/)	リハビリ (/)