

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター 診療予約申込書

記入日 年 月 日

『本センターは、脳性まひ等(小児期からの傷病による) 肢体障害のある子供及び大人の患者様に対して運動機能の改善、維持並びに日常生活の自立を図るためのリハビリテーション等の医療を提供します。』 ※令和2年4月よりリハビリテーションが開始となります。

※ 注意 ※

こちらの診療申込書は、**令和2年4月以降9月までの予約申込書**になります。
この用紙をFAXにてご連絡くださいますよう、お願いいたします。
予約時間が決まりましたら、ご連絡させていただきます。

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター FAX番号(06-6481-5560)

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏 名		男・女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	歳
住 所	〒 -			
連絡先(電話番号)		連絡先(携帯電話)		FAX番号
() -		() -		() -
森之宮病院・ボバース記念病院に受診されたことはございますか？			☐ はい	☐ いいえ
現在、お薬は飲んでおられますか？			☐ はい	☐ いいえ
現在、リハビリをされていますか？	☐ はい(☐ 病院 ☐ 施設 ☐ 訪問リハ)			☐ いいえ

R2年4月～9月までの診療曜日・時間

※祝日はお休みとなります。

曜日	月	火	水	木	金
午前 10:00～12:00				●	
午後 13:00～18:00		●	●	●	

診療希望曜日 ・ 希望時間(ご都合の良い曜日・時間をお知らせ願います。)

火曜 ・ 水曜 ・ 木曜

午前・午後(13:00～15:00)・午後(15:00以降)

※ ご自宅にFAXがない方へ ※

電話にて診療予約をお取りすることもできます。

お問い合わせ先：06-6481-5565(兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター)

当センターの診療日以外は電話がつながりません。診療日以外でご予約をご希望される方は、ボバース記念病院までご連絡いただきますよう、よろしくお願いいたします。

(ボバース記念病院：06-6962-3131)

電話にて診療の予約を取られる際は、`兵庫県立障害児者リハビリテーションセンターの予約を希望する、ことをお伝えいただきますよう、よろしくお願いいたします。