

# 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。』

## -----※ 注意 ※-----

こちらの診療申込書は、**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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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・ポバース記念病院に受診されたことはございますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在、お薬は飲んでおられますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在、リハビリをされていますか？	<input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 訪問リハ )			<input type="checkbox"/> いいえ

R2年10月～の診療曜日・時間	休日 : 土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29～1/3)
診療日	月曜日から金曜日
診療時間	10:00～12:00 ・ 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。)  
ご希望の曜日・時間がございましたら○で囲ってください。

月曜	・	火曜	・	水曜	・	木曜	・	金曜
10:00	・	10:30	・	11:00	・	11:30	・	15:00
13:00	・	13:30	・	14:00	・	14:30	・	17:30
15:30	・	16:00	・	16:30	・	17:00	・	
ご希望の日にちがございましたらご記載下さい						月	日	時くらい

※ 予約状況によりご希望に沿えない場合もございます。ご了承のほどお願いいたします。

### ※ 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)**