高次脳機能障害支援相談依頼票

依頼日　平成　　年　　月　　日(　)

送信先	区西北部地域 高次脳機能障害支援 相談窓口 (公財)東京都保健医療公社 豊島病院 地域医療連携室		**FAX**	03-5944-3534
依頼者	**所属**		**所在地**	
	職種		**TEL**	
	氏名		**FAX**	

相談内容　希望する回答者(□)にチェックを入れてください。

□医師 □PT □OT □ST □看護師 □MSW	相談概要 □疾病や障害について □状態の変化について □機能維持リハビリ □医学的判断などについて □生活・社会復帰や福祉制度の利用等の相談などについて □その他 相談を希望する内容 個別のご相談に関しては、分かる範囲で結構ですので下記にご記入をお願いいたします。 年齢（　　歳）　　性別　　男 ・ 女 病名(　　)　　発症年月日　　平成　　年　　月　　日 現状・後遺症等 その他

＊講習会・事例検討会のご要望等もございましたらご記入ください。

区西北部　高次脳機能障害支援相談窓口
(公財)東京都保健医療公社　豊島病院　地域医療連携室
TEL　03-5375-1212(直通)