

# ご相談FAXシート

## FAX番号：042-561-2547

患者さん・ご家族・介護者用

リハビリテーションに関するご相談等は、このFAXシートに必要な事項をご記入いただき、FAXでお送りください。送付状は不要です。必要時、ご質問の内容をお電話等で確認させていただく場合があります。相談内容のお返事までに多少時間がかかる場合があります。予めご了承ください。

### ご連絡してくださっているかたについてうかがいます

|         |  |
|---------|--|
| 連絡者名    |  |
| 相談者との続柄 |  |
| 住所      |  |
| 電話番号    |  |
| FAX番号   |  |
| メールアドレス |  |

### ご相談したい方についてうかがいます

|       |   |
|-------|---|
| 年齢    | <input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代<br><input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳以上 |
| ご相談内容 |   |

宛先：北多摩西部地域リハビリテーション支援センター  
住所：武蔵村山市学園2-37-1 TEL：042-561-1254  
独立行政法人国立病院機構 村山医療センター地域医療連携室