

チャレンジリハ入院申込用紙

1) 以下の情報をご記入ください。

チャレンジリハを希望される患者さん

氏名[(フリガナ)]

性別[男 ・ 女] 年齢[才]

生年月日[年 月 日]

住所

[〒]

連絡先 携帯電話[] 固定電話[]

Eメール[]

この申込用紙を記入されている方

患者さんとのご関係 [(1) 本人 (2) 配偶者 (3) その他 ()]

(1) 以外の場合、以下をご記入ください。

氏名[(フリガナ)]

連絡先 携帯電話[] 固定電話[]

Eメール[]

かかりつけ医

医療機関名[]

担当医氏名[]

今までにリハビリを受けたことのある医療機関 (いくつでも可)

2) 今回の入院をもっとも強く希望された方はどなたでしょうか。⑥の場合は

続柄をご記入ください。

①ご本人 ②配偶者 ③父親 ④母親 ⑤兄弟 ⑥その他 _____

3) 下記に質問の「はい」「いいえ」の該当するほうに○をつけてください。

| | はい | いいえ |
|--------------------------------|----|-----|
| 主治医の先生からリハビリを制限されていない | | |
| 最近1か月間に38度以上の発熱、てんかん発作を生じていない | | |
| 最近1か月間に医療機関を緊急受診したことはない | | |
| 現在、他者に伝染の危険のある感染症にかかっていない | | |
| 他者に危害を加えたり、自傷行為、無断離院などの恐れがない | | |
| 脳血管障害発症後3か月以上経過し、初回リハビリが終了している | | |
| チャレンジリハ終了後の退院先が確実に決定している | | |

上記にひとつでも「いいえ」がある場合は、チャレンジリハは実施できません。

4) 今回の入院で最も強く期待していること順番に3つ選び、左欄に1~3の番

号を振ってください。

| | |
|--|--------------------------|
| | せめて屋内を歩けるようになりたい/なっしてほしい |
| | 装具や杖なしで歩けるようになりたい/なっほしい |
| | 屋外が歩けるようになりたい/なっほしい |
| | 手が使えるようになりたい/なっほしい |
| | 少しでも介助が楽になっほしい |
| | ひとりで車いすにのれるようになりたい/なっほしい |
| | ひとりでトイレにいけるようになりたい/なっほしい |
| | 会話ができるようになりたい/なっほしい |
| | 嚥下ができるようになりたい/なっほしい |

5) その他、ご要望・ご相談などがあればご記入ください。

申し込み方法

STEP 1

必要事項ご記入の上、Eメールで challenge-reha@keiiku.gr.jp までご送信ください。

※ Eメールでのご送信が難しい場合は郵送、FAXでも対応いたしますので下記へご連絡ください。

STEP 2

申込用紙受理後に、当方からご連絡させていただき、その際に必要書類（かかりつけ医の先生の診療情報提供書など）や外来受診日についてご相談させていただきます。

STEP 3

必要書類をお持ちいただき、当院外来を受診していただきます。リハビリ専門医の診察、説明など行った後に、入院日を決定いたします。

〈連絡先〉

医療法人社団健育会 湘南慶育病院

医療法人社団  健育会

湘南慶育病院 Shonan Keiiku
Hospital

チャレンジリハ担当

〒252-0816 神奈川県藤沢市遠藤 4360

TEL: 0466-48-0050 FAX : 0466-41-9263

Eメール: challenge-reha@keiiku.gr.jp

ホームページ: <http://keiiku.gr.jp>