

## 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[	]

医学的管理について	
リハビリを要す原因となった疾患	
[(1)脳梗塞 (2)脳出血 (3)くも膜下出血 その他( )]	
発症日	年 月 日
その他主な疾患[	]
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う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はいない		
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を順番に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/なってほしい
	装具や杖なしで歩けるようになりたい/なってほしい
	屋外が歩けるようになりたい/なってほしい
	手が使えるようになりたい/なってほしい
	少しでも介助が楽になってほしい
	ひとりで車いすにのれるようになりたい/なってほしい
	ひとりでトイレにいけるようになりたい/なってほしい
	会話ができるようになりたい/なってほしい
	嚥下ができるようになりたい/なってほしい

5) その他、ご要望・ご相談などがあればご記入ください。

## 申込方法

### STEP1

必要事項ご記入の上、Eメールで [challenge-reha@keiiku.gr.jp](mailto: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。

### STEP2

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。

### STEP3

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

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: 0466-41-9262

Eメール: [challenge-reha@keiiku.gr.jp](mailto:challenge-reha@keiiku.gr.jp)

ホームページ: <http://keiiku.gr.jp>