**回復期スマートリハ入院申込用紙**

**1）以下の情報をご記入ください。**

**回復期スマート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 [　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

**現在、ご入院中の病院**

医療機関名 [　　　 　　　　]

担当医氏名 [　　　 　　　　]

**２）今回の入院を最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」の該当するほうに〇をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | はい | いいえ |
| 脳梗塞、あるいは、脳出血である |  |  |
| 今回、初めて発症した |  |  |
| 発症後、2ヶ月以内である。または他の回復期リハビリテーション病棟に入院中である（発症日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日）（回復期リハ病棟入院日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日） |  |  |
| 主治医の先生から、リハビリを制限されてはいない |  |  |
| 主治医の先生から、当院への転院が可能といわれている |  |  |
| 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 |  |  |
| 日常生活に支障がない程度の理解力、判断力がある |  |  |
| 臨床研究に協力可能である |  |  |

上記にひとつでも「いいえ」がある場合は、回復期スマートリハの対象となりません。

**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 |
|  | 屋外を歩けるようになりたい/なってほしい |
|  | 電車やバスに乗れるようになりたい/なってほしい |
|  | 手のつっぱり、痛み、握り込みなどを軽減したい |
|  | 少しでも手が使えるようになりたい/なってほしい |
|  | パソコンが使えるようになりたい/なってほしい |
|  | 書字やはしの使用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 smart-reha@keiiku.gr.jpにご送信ください。

※ 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

回復期スマートリハ担当

〒252-0816　神奈川県藤沢市遠藤4360

TEL: 0466-48-0050 　FAX：0466-41-9262

Eメール: smart-reha@keiiku.gr.jp

ホームページ:<http://keiiku.gr.jp>