

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○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（発症日 年 月 日）		
主治医の先生から、リハビリを制限されていない		
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
	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 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

ホームページ:<http://keiiku.gr.jp>