

## 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○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](mailto: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](mailto:smart-reha@keiiku.gr.jp)

ホームページ: <http://keiiku.gr.jp>