

誠愛リハビリテーション病院 外来リハビリ感染対策について		確認チェック☑
①	同居家族の方が、3回のｺｯｸｸｯｸ接種を完了している場合のみご利用いただけます。※接種対象外の兄弟姉妹児については接種の有無を問いません。	<input type="checkbox"/>
②	かぜ症状等がみられた場合、症状改善後から、少なくとも <b>2週間</b> 空けて来院ください。	<input type="checkbox"/>
③	待合室は利用出来ませんので、訓練時間直前にお越しください。問診票は来院前にあらかじめご記入の上お持ちください。	<input type="checkbox"/>
④	受付、リハ前診察では、お子さんが一人で歩き回らないようにしていただき（だっこ、車椅子など）、速やかに訓練室に入室ください。	<input type="checkbox"/>
⑤	手洗いのスペースは使用せず、入室後再度手指のアルコール消毒をお願いします。	<input type="checkbox"/>
⑥	訓練室内は、マスク装着している患者さんとは別に「専用エリア」を設けていますので、指示されたエリア内で訓練を受けていただきます。	<input type="checkbox"/>
⑦	セラピストは「マスク、フェイスシールド、ガウン、グローブ」を着用させていただきます。※患者さん毎に交換します。	<input type="checkbox"/>
⑧	訓練用物品はエリア専用としています。持ち出しは出来ませんのでご理解ください。	<input type="checkbox"/>
⑨	リハ実施計画書の説明や支払いは、付添の方のみで、患者さんの訓練時間中にリハ前診察、受付で行わせていただきます。	<input type="checkbox"/>
⑩	地下1階奥に専用トイレ、専用おむつ交換スペースを用意しています。エレベーター使用時は、他の患者さんやご家族と同乗されないようご配慮ください。	<input type="checkbox"/>
⑪	マスク着用に関わらず、現在、お口を触る摂食・嚥下訓練は見合わせています。今後の感染状況をみながら再開の検討を行います。今しばらく、お待ちください。	<input type="checkbox"/>

上記の通り、説明を受け了承しました。

年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

記載者名： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)