

松村総合病院 回復期リハビリテーション 入院予約患者情報

年 月 日

フリガナ		性別	紹介医療機関:		
患者氏名		男 女			
生年月日	年 月 日 ( 歳)	担当医:	科	先生(紹介状: 有・無)	
住所:	Tel				
疾患名	(発症日: 年 月 日) (手術日: 年 月 日)				
合併症:	既往歴:				
入院の経過:					
リハビリ種別	<input type="checkbox"/> 脳血管リハビリ	<input type="checkbox"/> 運動器リハビリ	<input type="checkbox"/> 廃用症候群	その他【 】	
対象リハビリの発症日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
対象リハビリの開始日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		

身体状況

障害者高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左【 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度】) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左【 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度】)
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 程度 処置内容 )
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 程度 処置内容 )
気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
酸素使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(投与量 l/分)
眠剤使用	毎日・時々・なし(薬名 )
特記事項	

ADL(あてはまるところを○で囲んでください)

歩行	自立・見守り・一部介助・全介助【杖・歩行器・車いす・その他( )】
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助【トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・パルーン】
食事	自立・見守り・一部介助・全介助【経口・経管・鼻腔・胃瘻】
入院前(自宅・施設など)のADL	全て自立・一部介助(内容 )
言語意思疎通	可・支障あり・不可【失語症・構音障害】
理解力	あり・支障あり・なし
自発性	あり・支障あり・なし
ナースコール	実用的に押せる・実用的ではないが押せる・押せない
行動制限(身体拘束)	なし・あり )
入院中転倒	なし あり(1回・2回以上) 原因( )
リハビリ	毎日: できる・できない(理由 )
負荷・荷重制限	なし・あり (内容 )
問題となる行動	なし 徘徊(昼間・夜間)・大声を出す・独語(昼間・夜間)・被害妄想・暴言・暴力・拒食・作話・不潔行為 意欲低下(うつ傾向)・帰宅願望・昼夜逆転・脱衣行為・夜間せん妄・拒否・その他( )
特記事項	

その他

介護保険	なし・申請中・あり(介護度 )
サービス利用	なし・あり(内容 )

(家族状況)	キーパーソン (続柄 ) (連絡先 )
	家族の協力・支援体制( )
	今後の方針: 自宅・施設(申し込み先: )
	その他(経済的問題等)
相談者:	連絡受付者: 入院判定: