

フリガナ		性別	住所：
患者氏名	様	男 女	
生年月日	年 月 日	( 歳)	TEL：
疾患名：	既往歴：		病院名
	発症日：年 月 日		
	手術日：年 月 日		
入院の経過：			
対象リハビリの発症日：		年 月 日	リハビリ種別：
対象リハビリの開始日：		年 月 日	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用

## 身体状況

麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左【 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度】) <input type="checkbox"/> なし	身長：	cm
	<input type="checkbox"/> 下肢(右・左【 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度】) <input type="checkbox"/> なし	体重：	kg
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)		
特記事項			

## ADL

※日中・夜間で異なる際には詳細も記載してください。

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・ホータルトイレ・尿器・おむつ・バルーン】
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助【一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭】
食事	自立・見守り・一部介助・全介助【経口・鼻腔・胃瘻】食事形態：
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
自覚性	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	なし・あり 内容( )
入院中転倒	なし・あり 原因( )
リハビリ	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	

## 社会資源

介護保険	なし・申請中・あり(介護度 ) 担当居宅：
サービス利用	なし・あり(内容)
その他	
家族状況	キーパーソン 様 続柄： TEL：
	家族の協力体制： あり・なし
	今後の方針： 自宅・施設(申し込み先)
	経済基盤：
	その他

※転院前面談をするにあたり、ご家族の都合をこちらに記載してください。