

入院日:

回復期リハビリ病棟転院患者情報シート

記載日
R.

紹介元医療機関名:	依頼元相談員担当者様:
-----------	-------------

フリガナ	性別	生年月日	年齢	家族構成
氏名		年 月 日	歳	
住所		電話番号		
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他() / 負担割合 割 福祉医療: <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 母子・父子 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 限度額認定証区分			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中() 申請日() 認定調査() 医見書提出日() <input type="checkbox"/> 認定済 介護度() 負担割合 割 ケアマネ 事業所			キーパーソン
	入院前の利用サービス			続柄

傷病名	既往歴	各種手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 等級 級	
【現病歴】 発症日: 手術日:		アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
		身長 cm 体重 kg 測定日 R. 測定日 R.	
	かかりつけ	就労状況 就労内容	
		認知症 HDS-R: 点/30点 MMSE: 点/30点	

意向	本人 <input type="checkbox"/> 復職希望 <input type="checkbox"/> 運転再開希望	家族	社会的困難 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 医療費未払い等
----	--	----	---

身体 の 状 況 (現 在)

基本動作	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き (詳細: <input type="checkbox"/> 歩行不可)	医療処置	<input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素投与(L/min) <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 吸入(回/日) <input type="checkbox"/> 導尿(回/日) <input type="checkbox"/> バルーン留置(Fr) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 血糖測定(回/日) <input type="checkbox"/> インスリン注射(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 眠前) <input type="checkbox"/> 創傷処置 内容:	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助		部位:	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 内容: 部位:	
	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助		障害	<input type="checkbox"/> 言語障害 (<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害) <input type="checkbox"/> 麻痺(右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害()
	座位	<input type="checkbox"/> 端座位可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 座位保持困難			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容: 抑制・センサーなど:
食事	摂食動作	<input type="checkbox"/> 自己摂取 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	危険行動	意志疎通: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
	攝取場所	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ベッド(G-up 度)		指示動作: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 不可			
	トロミ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (<input type="checkbox"/> 弱トロミ <input type="checkbox"/> 中トロミ <input type="checkbox"/> 強トロミ)			
排泄	食形態	主食: 副食: カロリー: Kcal 摂取状況: (/)			
	排便動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 導尿			
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 人工肛門			
更衣	昼間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ			
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ			
清潔	自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
	自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			

その他