

内科佐藤病院 回復期リハビリテーション病棟入院申込書

申込日： 令和 年 月 日

医療機関名 _____ 患者名 _____ 様 (男・女)

生年月日 T・S・H _____ 年 月 日 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

診断名	発症日		年 月 日		
	手術日		年 月 日 術式()		
家族構成	キーパーソン	病前ADL	<input type="checkbox"/> 自立	退院先の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 未定
			<input type="checkbox"/> 介助()		<input type="checkbox"/> 施設()
移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自立・介助) <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子(自立・介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり				
	荷重制限 (無・有) 備考欄()				
栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取(自立・介助) 食形態(主食 : _____ 副食 : _____)				
	特別食→()				
排泄	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう・その他< _____ >)				
	栄養剤 (品名 : _____) (_____ Kcal / 日)				
麻痺	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 (無・有)				
	日中 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()		ナースコールの使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
認知症	夜間 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()		HDS-R _____ / 30		
	※具体的症状 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (構音障害・失語症・その他< _____ >)				
	HBV (+・-・未検)		HCV (+・-・未検)		
医療行為	MRSA (+・-・未検)		疥癬 (+・-・未検)		
	その他< _____ > (+・-・未検)				
要介護認定	※別途検査データの提出をお願いする場合がございます				
	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (_____ L/h) <input type="checkbox"/> 痰吸引 (_____ 回 / 日)		<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他()		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インスリン(種類: _____ 単位: _____) <input type="checkbox"/> 点滴		ケアマネジャー (事業所名 _____ 担当者 _____)		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位 _____ : _____ cm × _____ cm)		要介護認定 (要支援 : _____ 要介護 _____) ※ 新規申請中・更新中・区分変更中		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 級)		生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 区 : 担当者 _____)		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでも可		リハビリへの意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
転院希望時期	_____ 月 日 ~ _____ 月 日		備考 _____		

作成日：令和元年5月1日

日常生活機能評価票（ 入院時 ・ 退院時 ）

患者氏名 _____ 様

評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

評価者氏名 _____

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	/
口腔清潔	介助なし	介助あり	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
合計得点			点

※ 得点:0~19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

作成日 : 令和元年5月1日