

回復期リハ病棟 ・ 療養病棟 入院予約用紙

*回復期リハ病棟か療養病棟のどちらかに○をつけて下さい。

紹介年月日	年	月	日		
ふりがな 患者氏名	様 男 ・ 女		M・T・S・H	年	月 日生 (歳)
患者住所					
紹介元病院	TEL				
紹介元病棟					
主治医	(科)				
疾患名					
発症日	年	月	日		
合併症					
既往症	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 疥癬			
併用診療科名					
意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明	<input type="checkbox"/> 1~3	<input type="checkbox"/> 10~30	<input type="checkbox"/> 100~300	
麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 両側上下肢 <input type="checkbox"/> その他
言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (失語症 構音障害)			
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 気切チューブ (Fr)		<input type="checkbox"/> 酸素吸入 (ℓ/min)	<input type="checkbox"/> 吸引 (8回以上/ 日 ・ 8回以下/ 日)	
	SPO ² 90以下		年 月 日	値	%
栄養	<input type="checkbox"/> 絶飲食	<input type="checkbox"/> 経口可能	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (スプー・タ・便・尿・創部) 菌種・その他 ()			
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (軽度 中度 重度)			
処置	<input type="checkbox"/> IVH	<input type="checkbox"/> DIV	<input type="checkbox"/> バルンカテーテル (Fr)		<input type="checkbox"/> 褥創 (I ・ II ・ III ・ IV)

患者の状況(看護師記入)	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	できる	見守り・一部介助が必要	できない
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	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の脱衣	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志伝達	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	

※得点0~19点 得点が低いほど、生活自立度が高い

合計得点 点

★この用紙と同時に保険情報を必ずFAXして下さい。(カルテ表紙可)

備考