

記載日： 年 月 日

回復期リハビリテーション病棟入院申し込み及び診療情報提供書

医療機関の
所在地及び名称 〒 567-0052
大阪府茨木市室山1丁目2番2号
北大阪警察病院
電話 072-643-6921 (代表)
FAX 072-643-2768 (連携室)

紹介元医療機関
住所
電話
FAX

科 医師

フリガナ		保険 番号											
患者氏名： 様 (男・女)		記号 番号											
生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日 歳		続 柄		本人・家族		被保 険者							
現住所		公 費											
連絡先1 () - 連絡先2 () -													
キーパーソン1氏名 住所 連絡先 () -													
キーパーソン2氏名 住所 連絡先 () -		介護保険 無・有(介護度) 身障 無・有(級) 面会の頻度 平日 (曜日)、休日(土曜・日曜) 発症前の状況 身辺動作自立・屋内つたい歩き・寝たきり											
家屋状況 持ち家・借家		家屋形態(一戸建て・集合住宅 (階建て 住居部分 階) トイレ(洋式・和式) 寝具(布団・ベッド)											
家族構成(同居者は丸で囲んでください)		身長 cm 体重 kg											

医学的情報

疾患名：	発症日(受傷日) 年 月 日	
疾患名：	発症日(受傷日) 年 月 日	
手術歴： 年 月 日	手術内容：	
その他合併症	MRSA HB HC	TPHA HIV
治療の経過		
薬物情報		

<p>日常生活動作</p> <p>食事動作 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 歯磨き、洗面 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 寝返り (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 起き上がり (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 着替え動作 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 排尿・排便動作 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) (ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ) 車椅子座位 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 乗り移り動作 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 歩行 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 入浴 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) ナースコールの使用 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助) 尿便意の伝達 (自立 ・ 部分介助 ・ 全介助)</p>	<p>特記事項</p>
<p>食事形態 摂食 (食事介助要 ・ 経鼻栄養 ・ 胃瘻 ・ IVH) 食具 (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具 ・ 滑りにくい食器 ・ すくい易い皿) 主食 (米食 ・ お粥 (三分 ・ 五分 ・ 全粥) ・ パン食 ・ 流動) 副菜 (常菜 ・ 軟菜 ・ 一口大 ・ ミキサー ・ 水分のとりみ) 嚥下障害 (有 ・ 無) むせ (有 ・ 無) こぼし (有 ・ 無) アレルギー (有 ・ 無) 有の場合食品名 ()</p>	
<p>精神機能 意識レベル JCS ・ GCS () HDS-R ・ MMSE ()点 高次脳機能障害 (失行 ・ 失認) 随伴症状 ()</p>	
<p>言語障害 失語 (運動性 ・ 感覚性 ・ 全失語) 構音障害 (無 ・ 有) その他言語障害 ()</p>	
<p>コミュニケーション 日常会話が可能 ・ かろうじて可能 ・ YES,NOのみ 非言語コミュニケーションにて可能 意思疎通が不可</p>	
<p>看護上の問題点 易怒性 ・ 暴力行為 ・ 大声を出す ・ 転倒歴 ・ 不潔行為 ・ 難聴 ・ 徘徊 夜間せん妄 ・ 褥瘡 ・ その他 ()</p>	

..... 以下、当院での記載欄となります

リハ医師記載欄

初診日: 年 月 日

看護師記載欄

初回情報収集日: 年 月 日

MSW記載欄

初回面談日: 年 月 日