

回復期リハビリテーション病棟 入院相談シート

病院名		担当医	
担当者名		電話番号	
患者氏名	(歳) (男性・女性)	生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
キーパーソン	所在 ()	介護認定	要支援()要介護() 申請中(申請日:) / なし
リハビリ介入	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST	主保険	
主病名		発症日	令和 年 月 日
既往歴		手術日	令和 年 月 日
		起算日	令和 年 月 日
併存し治療・経過観察が必要な疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定: 回/日) <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 () <input type="checkbox"/> 整形疾患 () <input type="checkbox"/> 神経難病・疾患 () <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () 治療方針 () <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		
感染症	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> なし	皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()
医療行為	<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 酸素(L) <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 処置 () <input type="checkbox"/> なし		
機能障害	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		
食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食形態(主: 、副: 、水分:) 食事量(/)割		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱		
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他歩行補助具 () <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	<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"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴(<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 難聴 その他()		
ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時に可能 <input type="checkbox"/> 不可		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 問題行動 () 認知機能検査(検査方法: 結果:)		
身体抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> つなぎ)		
体格	身長()cm 体重()kg		
目標・意向	退院先(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()) 本人の希望() ※方向性・復職についてなど		
希望病床	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 希望なし		
家屋構造 (階段・手すり 玄関・トイレetc.)	家屋評価 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
特記事項 (病前の生活や 交流など)	病前ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

<回復期病棟 処理欄>

受付日: 年 月 日
 判定会: 年 月 日 (入院: 可・否 / 面談: あり・なし / 保留)
 連絡日: 年 月 日 (連絡者:)