

回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

※ 以下は医師以外の方が記載をされても構いません。 職種(○で囲んでください) 医師・看護師・その他(

患者氏名	(歳)	退院見込み先	自宅 ・ その他()
保険	社保 ・ 国保 ・ 労災 ・ 自費 ・ その他	入院方法	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
疾患名・障害名 (発症日)	(平成 年 月 日)	リハビリ歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
日常生活状況 (記載日 平成 年 月 日)			
床上安静の指示	なし	あり	-
どちらかの手を胸元まで上げられる	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	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	-
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
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思伝達	できる	できる時できない時あり	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	-
褥瘡の有無	無 ・ 有 (部位 大きさ)		
障害(後遺症)および ゴール設定の説明	本人に対して		
	ご家族に対して		
介護保険	<input type="checkbox"/> あり(交付 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中		
	要介護度	自立 / 要支援 (1 ・ 2) / 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	担当居宅介護支援事業所 () 担当者 ()		
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 同居者あり(続柄) キーパーソン連絡先 関係() 連絡先 ()		
住居状況	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 (<input type="checkbox"/> 一戸建て ・ <input type="checkbox"/> 集合住宅) トイレ【 <input type="checkbox"/> 洋式 ・ <input type="checkbox"/> 和式】 居室【 <input type="checkbox"/> 1階 ・ <input type="checkbox"/> 2階 ・ <input type="checkbox"/> ()階 】 ベッド【 <input type="checkbox"/> 介護用ベッド ・ <input type="checkbox"/> ベッド ・ <input type="checkbox"/> 布団】		
備考			