

回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

記載日 平成 年 月 日
 連携パス 無・有 (大腿骨・脳卒中)

患者氏名	(歳)	保険	社保・後期高齢・国保・労災・自賠・生保		
住所		電話番号	()		
疾患名 (発症又は手術日)	(平成 年 月 日)		入院方法	歩行・車いす・ストレッチャー	
日常生活状況					
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) (処置)				
認知症の有無	無・有 (徘徊・昼夜逆転・暴言暴力・見当識障害 HDS-R: 点)				
医療行為	無・有 ()				
リハ状況	単位数/日	□1~3・□4~6・□7~9	車椅子乗車開始	/ ~	歩行開始 / ~
	リハビリ起算日	/ ~	疾患別リハビリ	脳血管・脳(廃用)・運動器	
	受傷前のADL・生活等	独歩・杖又は歩行器・車いす・全介助・その他()			
後遺症(程度)及び ゴール(時期)の説明	ゴールのADL	独歩・杖又は歩行器・車いす・全介助・その他()			
	ゴール時期	1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・4~6ヶ月・6ヶ月~			
目標退院先	自宅・親族宅・老健・特養・身障施設・その他()				
介護保険	□あり □なし □申請中 (/ 付)				
	要介護度	要支援 (1・2) / 要介護 (1・2・3・4・5)			
	担当事業所名 () 担当者 () TEL:				
家族状況	□ 独居 □ 夫婦2人 □ 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	□ 持家 □ 賃貸 (□ 一戸建て・□ 集合住宅) トイレ【□ 洋式・□ 和式】 居室【□ 1階・□ 2階・□ ()階】ベッド【□ 介護用ベッド・□ ベッド・□ 布団】				
病院名		記入者名	職種: NS・MSW・RH)		