

回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

記載日  
連携パス

令和 年 月 日  
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)	(令和 年 月 日)	入院方法	歩行 ・ 車いす ・ ストレッチャー		
日常生活機能評価	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	-		
合計点数	点 (10点以上の方は重症区分)				
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 ( )				
感染症の有無	MRSA ( - ・ 少数 1+ 2+ 3+ 検査日: 部位 )				
	その他の感染症 ( 検査日: 部位 )				
	現在の部屋対応 ( 個室 ・ 大部屋 ) 隔離 ( あり ・ なし )				
リハ状況	単位数/日	<input type="checkbox"/> 1~3 ・ <input type="checkbox"/> 4~6 ・ <input type="checkbox"/> 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 ・ 運動器	
	受傷前のADL・生活等	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器(馬蹄型・ピックアップ等) ・ 車いす ・ ストレッチャー			
	現在のADL	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器(馬蹄型・ピックアップ等) ・ 車いす ・ ストレッチャー			
後遺症(程度)及び ゴール(時期)の説明	ゴールのADL	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器(馬蹄型・ピックアップ等) ・ 車いす ・ ストレッチャー			
	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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<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】				
病院名			記入者名	(職種: NS ・ MSW ・ RH)	