

中部脳リハビリテーション病院 転院患者情報シート

記載日： /

フリガナ 氏名	性別	住所	生年月日	歳
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		申請日 ( / )	認定調査日 ( / )
	居宅介護支援事業所：		担当者：	TEL ( ) -
	入院前利用サービス：		負担割合： 割	
年金	<input type="checkbox"/> 未受給 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害		万円/月	各種手帳 ( )
家族構成		今後の方向性 <input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 施設退院 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
キーパーソン		続柄		
病名	発症日	/	手術日	/
医療行為	<input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 吸入( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素( ℓ) <input type="checkbox"/> 血糖測定 ( 回/日) ・インスリン <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 眠前 <input type="checkbox"/> モニター			
障害	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> ・高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
褥瘡予防	テルサ( <input type="checkbox"/> やわらか面 <input type="checkbox"/> ハード面) <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他 ( )			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ( ) ・処置内容：			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HDS-R ( /30点) ・症状 ( )			
入浴	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
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 ・尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 昼 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ 夜 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテ ( Fr) <input type="checkbox"/> ストマ 部位 ( )			
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
日常生活機能評価表 (合計 点)			評価日： /	※ FIM ( /126) ※リハ記入
	0点	1点	2点	追加の身体状況 評価日： /
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 自走不可 ・荷重制限： ・嚥下 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 不可 ・種類 ( 食 kcal) 主食 ( ) 副食 ( ) ・とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> 胃瘻 ・栄養種類： 朝 ml・昼 ml 夕 ml →行動内容：
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない	<input type="checkbox"/> 介助を要する		
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない	
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない	
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある		

当院記入欄

転院日時

月 日 ( ) : 着

大部屋希望 ・ 個室希望