

長町病院 入院相談用紙

回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病床

地域連携医療相談室 TEL: 022-746-5129 FAX: 022-746-5145

紹介機関名:	送付日 20 年 月 日
担当者:	部署: 電話番号: FAX:
フリガナ	
患者氏名:	(男・女) 生年月日: T・S・H 年 月 日 (歳)
主病名: (発症・受傷: 年 月 日、手術: 年 月 日)	
病前の社会生活能力 <input type="checkbox"/> 全く問題なかった <input type="checkbox"/> 不自由さがあった	
ADL: 認知:	
介護認定 <input type="checkbox"/> 認定済 (介護度: ケアマネ:) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	
<現在の状態>	
身長 cm 体重 kg (測定日 /) 貴院入院時 kg	
食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 (経鼻・胃瘻・その他) 食形態 () 摂取量 (割)	
排泄: <input type="checkbox"/> トイレ (自立・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル留置	
移動: <input type="checkbox"/> 歩行 (自立・見守り・介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自立・介助) <input type="checkbox"/> 寝た切り (体位交換要・不要)	
リハビリ: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> ベッド上訓練のみ <input type="checkbox"/> 離床訓練可 (内容:)	
意識障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (JCS:)	
自立度: 障害 <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明 認知症 <input type="checkbox"/> 正常・I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III・IV・M <input type="checkbox"/> 不明	
精神症状: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状)	
身体抑制: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況)	
<医療処置など>	
<input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (L) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 処置:)	
<input type="checkbox"/> 心モニター管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRSA・HBV・HCV・その他)	
<家族状況> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 子・子供夫婦と同居 <input type="checkbox"/> 三世代以上 <input type="checkbox"/> その他 () 本人を含む同居家族数 名 キーパーソン (続柄: 居住地:) <input type="checkbox"/> 介護力あり <input type="checkbox"/> 介護力に問題あり (介護者も高齢・病弱、日中独居など)	家族構成図
<退院先希望> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 長期療養施設 <input type="checkbox"/> 未定	
<他院申込み> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<保険情報> <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 ※保険情報を添付ください	