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：　　TEL：　　FAX：

フリガナ　　生年月日

患者氏名：　　（男・女）　　T・S・H　　年　月　日（　　歳）

主病名　：　　発症・受傷　：　　年　　月　　日

手術　　：　　年　　月　　日

貴院回復期リハ・地域包括ケア　入棟予定　：　□　なし　　□　あり　（入棟日　　/　　）

病前の社会生活能力　□　全く問題なかった　□　不自由さがあった

ADL　：

認知　：

介護認定　□　認定済（介護度：　　ケアマネ：　　）　□　申請中　　□　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　　：　□　自立　　□　一部介助　　□　全介助　　□　経口摂取不可（経鼻・胃瘻・他　　）

食形態（ 常食・柔らか食・刻み食・ペースト食・ゼリー食・　　）　摂取量（　　割）

排泄　　：　□　トイレ（自立・一部介助・全介助）　　□　オムツ　　□　カテーテル留置

移動　　：　□　歩行（自立・見守り・介助）　□　車椅子（自立・介助）　□　寝た切り（体位交換 要・不要）

リハビリ：　□　未実施　　□ベッド上訓練のみ　　□　離床訓練可（内容：　　）

意識障害：　□　無　　□　有（JCS：　　）

自立度　：　障害　　□　J　　□　A　　□　B　　□　C　　□　不明

認知症　□　正常・Ⅰ　　□　Ⅱ　　□　Ⅲ・Ⅳ・M　　□　不明

精神症状：　□　無　　□　有　（症状　　）

身体抑制：　□　無　　□　有　（状況　　）

＜医療処置など＞

□　吸引（　　回/日）　□　酸素（　　L）　□　褥瘡（部位：　　処置：　　）

□　心モニター管理　　□　その他（　　）

＜感染症＞　□　無　　□　有　（MRSA・HBV・HCV・その他　　）

＜家族状況＞

□　独居　□　夫婦2人　□　子・子供夫婦と同居　□　三世代以上

□　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：　　）

□　介護力あり　□　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＞　□　自宅　　□　長期療養施設　　□　未定

＜他院申込み＞　□　有　　□　無

＜保険情報＞　□生活保護　　□　労災　　□　自賠責　　□その他　※保険情報を添付ください

＜備考＞