

回復期リハビリテーション病棟入院申込書

申込日(西暦): 年 月 日

北福島医療センター

TEL 024-551-0101(地域連携室直通)

FAX 024-551-0104

リハビリテーション科

大槻 剛智 先生 大平 葉子 先生

所在地

医療機関名

医師名

カルテNo.											
患者名				生年月日(西暦)	年	月	日	歳	性別		
住所	〒										
連絡先 1				TEL				FAX			
連絡先 2				TEL				FAX			
病名											
発症・受傷年月日											
既往歴											
合併症											
かかりつけ医											
麻痺の状態	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	麻痺部位1				麻痺部位2			
褥瘡の状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	褥瘡部位				程度			
感染の状態	感染	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有								
認知症の状態	認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態				抑制	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	長谷川式	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	点	日常生活自立度						
患者様の日常生活について下記にご記入願います。											
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす座位可能 <input type="checkbox"/> 介助で車いすに移動 <input type="checkbox"/> 介助で歩行可能 <input type="checkbox"/> 自力歩行可能										
食事摂取	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> セットアップにて摂取可 <input type="checkbox"/> 自力で摂取										
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥(全粥) <input type="checkbox"/> お粥(7分) <input type="checkbox"/> お粥(5分) <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 軟飯										
調理形態	<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> カロリー制限 kcal										
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(排尿) <input type="checkbox"/> 有(排便)										
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> ベッド上介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ移動介助 <input type="checkbox"/> 介助で一般トイレ <input type="checkbox"/> 自力排泄										
入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴全面介助 <input type="checkbox"/> 入浴一部介助 <input type="checkbox"/> 自力入浴可能 <input type="checkbox"/> 見守り										
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 難聴 ()										
睡眠	不眠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	睡眠剤使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()				
体型	<input type="checkbox"/> 痩せ型	<input type="checkbox"/> 標準	<input type="checkbox"/> 肥満型	身長	cm			体重	kg		
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(要介護・要支援) <input type="checkbox"/> 申請中(申請日:平成 年 月 日)										
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 完了										
特定疾患申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
お部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも										
連携パス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 完了										
キーパーソン											
連絡事項											
転入希望日	月	日	迎え:	<input type="checkbox"/> 必要 [<input type="checkbox"/> 担送 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 普通車] <input type="checkbox"/> 不要							
交通手段:	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 公用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー										
連絡担当:	TEL										