

●貴院名		●ご担当者	
●患者氏名	歳 男・女	●生年月日	大・昭・平 年 月 日
●キーパーソン	所在 ()	●介護認定	なし 要支援 () 要介護 () 申請中 (調査: 未・済) 申請案内済
リハビリ介入	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 廃	●保険の種類
●主病名		●発症日	年 月 日
●既往		●手術日	年 月 日
		リハ起算日	年 月 日
●処置	<input type="checkbox"/> 点滴 (終了予定: / 内容:) <input type="checkbox"/> 抗生剤 (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点滴、終了予定: / 内容:) <input type="checkbox"/> 抜糸 (実施: /) <input type="checkbox"/> 創部 (頻度: 回/日・週、内容:)		
●治療・経過 観察中の疾患	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン: <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> スケール <input type="checkbox"/> 血糖測定: 回/日) <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> PM埋込 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 () <input type="checkbox"/> 整形疾患 () <input type="checkbox"/> 神経難病・疾患 () <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (治療方針: <input type="checkbox"/> BSC <input type="checkbox"/> 経膵 <input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 手術) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 人工透析 (回/週) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> ほか ()		
●感染症	<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> ほか () <input type="checkbox"/> 隔離:		
●皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> ほか: 部位:)		
●医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素 (L) <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 気切 (閉鎖予定:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> Ba留置 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ほか:		
●機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位:) <input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 感覚 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 高次脳 () <input type="checkbox"/> ほか ()		
●食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 補食 () <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 途中から介助) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 飲水制限 (mL/日) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 () 栄養量 () Kcal 摂取量 (/) 割 形態 (主: 副:) とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い		
●移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 支柱台 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 歩行介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 支柱台 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> ベッド上		
●移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
●疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 難聴 NC使用: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 指示理解: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> できたりできなかったり <input type="checkbox"/> 不可		
●認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 症状 ()		
●不穏・問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)		
●身体抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> ほか:) <input type="checkbox"/> 四点柵 <input type="checkbox"/> ミトン (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> ほか ()		
●目標・意向	退院先 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養型病床 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> リハビリ状況をみて検討) 希望:		
●希望病床	<input type="checkbox"/> 個室 (<input type="checkbox"/> 20,900 <input type="checkbox"/> 16,500 <input type="checkbox"/> 12,100) <input type="checkbox"/> 給室 <input type="checkbox"/> 希望なし	●家族構成	
●家屋構造	<input type="checkbox"/> 戸建 (階、居室: 階) <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 階段必要		
●元のADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
●その他 (生活状況、家族関係など)			

※ご依頼元ご担当者様へ 1 シートの●部分をわかる範囲でご記入ください 2 診療情報提供書・検査データ・所見・サマリー・薬剤情報 その他の必要情報と当シートを合わせて右記にFAX願います 3 折り返し、担当者より連絡させていただきます	情報送付先 関西メディカル病院 地域医療連携センター FAX番号 06-6836-1196
---	--