

□入院予約申し込みカード
□脳卒中地域医療連携パス

紹介先FAX:リハセン 018-892-3816									
フリガナ			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		発症日: 年 月 日				
患者氏名 様									
住所									
生年月日			□大正 □昭和 □平成 年 月 日生		入院日: 年 月 日				
			年齢 歳		手術日: 年 月 日				
身長 cm		体重 Kg		BMI (測定日)		年 月 日			
協力者(キーパーソン)					続柄 ()				
診断名			職業 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
手術名			発症前ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
急性期病院 ()病棟			主治医 担当 看護師:						
転院希望日: 令和 年 月 日頃			患者・家族への説明と同意						
転院基準 1 機能改善が見込まれる (全身状態不安定や合併症管理が必要な場合は要相談)									
記入日: 令和 年 月 日		地域包括ケア病棟 日目		挿入器具		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿カテーテル(Fr) 抜去日(/) <input type="checkbox"/> 気管切開(カニューレの種類)(号数)			
食事(経口)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティング介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし 食事摂取量()		酸素吸入		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手段 L) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(頻度 /1日)			
経管栄養		<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 号数 設置日 (/)		吸引		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(頻度 /1日)			
エネルギー量 (Kcal/日)				介護保険		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 介護調査(/) <input type="checkbox"/> あり 要支援() 要介護()			
食事姿勢		<input type="checkbox"/> ベッド上寄りかかり座位 <input type="checkbox"/> 車いす座位 <input type="checkbox"/> 端座位		身障手帳		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり 級 種別			
体位交換		<input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 介助不要(寝返りや徐圧自立)		他科受診		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他			
褥創		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()		日常生活活動評価票		/19点			
入浴・清潔		<input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴		移動手段と自立度		歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 歩行補助具: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 車椅子移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 乗車せず			
移乗		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 移乗なし		0:できる 1:一部介助 2:できない					
排泄動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		床上安静の指示		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
排泄方法		日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
意識障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (JCS)		寝返り		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
高次脳機能障害		<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 記憶・記銘障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 認知症 HDS-R 点 MMSE 点		起き上がり		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
問題行動		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 病識低下に伴う危険行為		座位保持		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
身体拘束		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> ミトン)		移乗		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
意思疎通		会話: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明 難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ナースコールの操作: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		移動方法		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
睡眠状態		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 無呼吸症候群		口腔清潔		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
個室希望		<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> トイレ付(2,200円/日) <input type="checkbox"/> トイレなし(1,650円/日)		食事摂取		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
				衣服の着脱		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
				他者への意思伝達		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
				診療・療養上の指示が通じる		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
				危険行動		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1			
				リハビリ後の予定退院先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 未定			
				(特記事項)					
				【地域連携診療計画加算の算定】		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			