

市立御前崎総合病院 回復期リハビリ情報シート

記入日：平成 年 月 日

病院名：

患者氏名	(フリガナ)	生年月日	M・T・S・H			住所 電話	電話①
			年 月 日	(歳)	電話②		電話③
診断名(主)		発症日： 年 月 日	既往歴		現病歴		
		入院日： 年 月 日					
		手術日： 年 月 日					
現在の医療処置				ペースメーカー	無・有 ()		
点滴	無・有 ()		人工肛門	無・有 ()			
注射	無・有 ()		留置カテーテル	無・有 ()			
インスリン	無・有 ()		酸素	無・有 ()			
気管切開	無・有 ()		褥瘡	無・有 ()			
喀痰吸引	無・有 ()		感染症	無・有 ()			
アレルギー	<薬>無・有 () <食事>無・有 () <その他>						
麻痺の状態	麻痺側 右・左						
高次脳機能障害	無・有 (失行・失認・失語・その他())						
認知症状	無・有 (妄想・暴力行為・不潔行為・徘徊・不穏・その他())						
睡眠状況	日中	覚醒・傾眠	夜間	良眠・不眠	薬の使用	無・有 ()	
食事	嚥下障害	無・有		義歯	無・有 (一部・全部)		
	形態	主食：	副食：	水分：	経管栄養(胃・鼻)：		
	環境設定						
排泄	尿	尿意	無・有 失禁(無・有・時々)		場所	トイレ・Pトイレ・オムツ・導尿・バルーン	
	便	便意	無・有 失禁(無・有・時々)		場所	トイレ・Pトイレ・オムツ・人工肛門	
		便処置	浣腸・摘便・下剤				
現在の日常生活機能				移乗	できる	見守り・一部介助	できない
床上安静の指示	なし	あり		移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない					口腔清潔
寝返り	できる	何かに掴まれば可	できない	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
起き上がり	できる	できない					
座位保持	できる	支えがあれば可	できない	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助				
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	危険行動	ない	ある	
移動形式	独歩・T杖・Q杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・その他() 自立・見守り・一部介助・全介助						

本人・家族の希望…(例)トイレが自分でできれば在宅	家族構成(ジェノグラム)
キーパーソン() 仕事(無・有)	

退院後の方向： 在宅 ・ 未定 (理由)

※下記の項目はセラピストの予測(将来到達できるであろう日常生活状況)の記入をお願いします

リハビリテーション	到達自立度予測			到達時期の予測			想定される環境設定
	生活課題	要監視	すでに	1~2	達成	3ヶ月~	
		自立	要介助	全介助			
食事							右手・左手・箸・スプーン
移乗(Bed⇔車椅子)							手すり(+・-)
トイレ(上げ下ろし)							手すり(+・-)
トイレ(後始末)							
入浴・シャワー							自宅内・施設サービス
着替え(上着)							手すり(+・-)
着替え(ズボン)							手すり(+・-)
移動(屋内)							独歩・杖歩行・車椅子
階段昇降							手すり(+・-)

※下記の項目は医師の指示を必ずご記入ください

(整形患者のみの記入)

- ①整形患者の禁忌肢位 ()
- ②荷重許可予定日 免荷 1/3荷重 1/2荷重 2/3荷重 全荷重
日付 () () () () ()
- ③ギブスのカット時期 ()

保険の種類	国保・政管・組合・共済・船員・後期 生保・自賠・労災
公費扱い	
身障手帳	無・有(級)
介護保険	未認定・申請中(新規・変更 申請日: 月 日)・認定済()
ケアマネジャー	無・有(事業所名: 担当者名:)

※下記欄は記入しないで下さい。

入院検討会結果	検討日: 年 月 日 可・不可・保留	備考
	入院予定日: 年 月 日	
	入院決定日: 年 月 日	