

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	(フリガナ)	住所 電話番号	〒	氏名	
			電話		氏名
	生年月日： 歳		電話		氏名

診断名(主)	発症日： H 年 月 日	<現病歴>	<既往歴>
	入院日： H 年 月 日		
	手術日： H 年 月 日		
身長/体重			

現在の医療処置	パースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
点滴	人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
注射	留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
インスリン	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
気管切開	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
喀痰吸引	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

アレルギー	薬； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () その他；
麻痺の状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> その他：)
認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 転倒転落の危険 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他：)
睡眠状況	日中 <input type="checkbox"/> 覚醒 <input type="checkbox"/> 傾眠 夜間 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤等の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

食事	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全部)
	形態	主食：	副食：	水分：
		制限：		
環境設定	経管栄養： <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (内容・量；)			

排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々)	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルソ <input type="checkbox"/> ()
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々)	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ()
		便処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		

現在の日常生活機能				床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可	<input type="checkbox"/> できない	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし
起き上がり		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可	<input type="checkbox"/> できない	他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない	診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動		危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

移動形式	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバ-カー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他：

本人・家族の希望 (記入例)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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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

	到達自立度予測				到達時期の予測			想定される環境設定
	自立	要監視	要介助	全介助	すでに達成	~1カ月	~2カ月	
食事								
移乗(ベッド 車椅子等)								手すり(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
トイレ動作								手すり(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
入浴、シャワー								
着替え(上着)								
着替え(ズボン)								
移動(屋内)								補助具等:
階段昇降								手すり(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
備考欄	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>							

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)

整形患者の禁忌肢位 ()

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 () () () () ()

ギブスのカット時期 ()

保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災
公費扱い	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 申請日: 月 日) <input type="checkbox"/> 認定済 ()
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (事業所名: 氏名:)

下記欄は記入しないで下さい。

入院検討会結果	検討日: 平成 年 月 日	備考
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 保留	
	入院決定日: 平成 年 月 日	