

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	ヘルスメーカー	<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；  無  有 ( ) 食事；  無  有 ( ) その他；

麻痺の状態  無  有 ( )

高次脳機能障害  無  有 (  失行  失認  失語  その他： )

認知症症状  無  有 (  転倒転落の危険  暴言暴行  不潔行為  大声  その他： )

睡眠状況 日中  覚醒  傾眠 夜間  良眠  不眠 眠剤等の使用  無  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"/> ハルソ <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	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
寝返り	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起き上がり	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	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	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	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

移動形式  自立  見守り  一部介助  全介助  
 独歩  T字杖  4点杖  歩行器  シルバ-カー  車椅子  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; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">           ( )         </div> <p>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)</p> <p>整形患者の禁忌肢位 ( )</p> <p>荷重許可予定日 免荷 1/3荷重 1/2荷重 2/3荷重 全荷重</p> <p style="margin-left: 100px;">日付 ( ) ( ) ( ) ( ) ( )</p> <p>ギブスのカット時期 ( )</p>							

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: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災</span>
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 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 保留 入院決定日: 平成 年 月 日	備考
---------	--	----