

# 回復期リハビリテーション病棟入院申込書

申込日(西暦): 年 月 日

北福島医療センター

TEL 024-551-0101(地域連携室直通)

FAX 024-551-0104

リハビリテーション科

大槻 剛智 先生 大平 葉子 先生

所在地

医療機関名

医師名

カルテNo.												
患者名				生年月日(西暦)	年	月	日	歳	性別			
住所	〒											
連絡先 1				TEL				FAX				
連絡先 2				TEL				FAX				
病名	(発症・受傷日: 令和 年 月 日)											
手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手術日: 令和 年 月 日、術式: )											
既往歴												
かかりつけ医												
麻痺の状態	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	麻痺部位1				麻痺部位2				
褥瘡の状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	褥瘡部位				程度				
感染の状態	感染	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有									
認知症の状態	認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態				抑制	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有		
	長谷川式	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	点				日常生活自立度				
患者様の日常生活について下記にご記入願います。												
ADL状況	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす座位可能 <input type="checkbox"/> 介助で車いすに移動 <input type="checkbox"/> 介助で歩行可能 <input type="checkbox"/> 自力歩行可能											
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素( L) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 創部処置 <input type="checkbox"/> その他( )											
食事摂取	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> セットアップにて摂取可 <input type="checkbox"/> 自力で摂取											
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥(全粥) <input type="checkbox"/> お粥(7分) <input type="checkbox"/> お粥(5分) <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 経管栄養											
調理形態	<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ところみ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> パースト状							カロリー制限				
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(排尿) <input type="checkbox"/> 有(排便)											
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> ベッド上介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ移動介助 <input type="checkbox"/> 介助で一般トイレ <input type="checkbox"/> 自力排泄											
入浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴全面介助 <input type="checkbox"/> 入浴一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自力入浴可能											
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 難聴 ( )											
睡眠	不眠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	睡眠剤使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( )					
身長・体重	身長( )cm 体重( )kg											
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要介護・要支援) <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日: 令和 年 月 日)											
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 完了											
特定疾患申請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											
お部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも											
連携パス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 完了											
キーパーソン	氏名: (続柄: ) ※ 転院時にご来院をお願いします。											
連絡事項												
転院希望日	月	日	迎え:	<input type="radio"/> 必要 [ <input type="checkbox"/> 担送 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 普通車 ] <input checked="" type="radio"/> 不要								
交通手段:	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 公用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー 連絡担当者 TEL											