入院予約申し込みカード

紹介先FAX:　　□リハセン:018-892-3816

フリガナ 患者氏名　　様		性別 □男 □女	発症日:　年　月　日
住所			
生年月日 □大正 □昭和 □平成　年　月　日 生 年齢　歳			入院日:　年　月　日 手術日:　年　月　日
身長　cm	体重　Kg	BMI	（測定日）　年　月　日
協力者（ｷｰﾊﾟｰｿﾝ）			続柄　（　）

診断名		職業 □無 □有（　）	
手術名		発症前ADL □自立 □一部介助 □全介助	
急性期病院	（　）病棟	主治医	担当 看護師:
転院 希望日:	**平成　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:	平成　年　月　日	挿入器具	□なし □尿カテーテル □気管切開(カニューレの種類　号数　)
食事	□自立 □見守り □セッティング介助 □介助 □経口 □嚥下障害あり □嚥下障害なし	酸素吸入	□なし □あり（手段　L）
経管栄養	□経鼻栄養 □胃瘻 □腸瘻 号数　設置日　/　） 身体拘束 □無 □有（ ミトン　上肢抑制）	吸引	□不要 □必要（頻度　/1日）
		介護保険	□なし □申請中 □あり （要支援(　) 要介護(　)
エネルギー量	（　Kcal/日）	身障手帳	□なし □申請中 □あり　級 種別
食事姿勢	□ベッド上寄りかかり座位 □車いす座位 □端座位		
体位交換	□介助必要 □介助不要 （寝返りや徐圧自立）	他科受診	□なし □循環器疾患 □呼吸器疾患 □あり □泌尿器疾患 □その他 （　）
褥創	□なし □あり 部位（　）		
入浴・清潔	□清拭のみ □入浴で洗体		
移動手段と自立度	歩行: □自立 □見守り □介助 □不可 歩行補助具: □杖 □歩行器 □装具 車椅子移動: □自立 □介助 □乗車せず	日常生活活動評価票　/19点	
移乗	□自立 □見守り □介助 □移乗なし		
排泄動作	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		
排泄方法	日中: □トイレ □ポータブルトイレ □尿便器 □オムツ 夜間: □トイレ □ポータブルトイレ □尿便器 □オムツ		
意識障害	□なし □あり		
高次脳機能障害	□失語 □失行 □失認 □記憶・記銘障害 □その他（　） □認知症 HDS－R　点 MMSE　点		
問題行動	□なし □精神症状 □不潔行為 □せん妄 □不穏 □徘徊 □病識低下に伴う危険行為		
身体拘束	□なし □あり 拘束部位 □上肢 □下肢 □体幹		
意思疎通	会話: □できる □できない □不明 難聴: □なし □あり □不明 ナースコールの操作: □できる □できない		
睡眠状態	□問題なし □問題あり □不眠 □いびき □無呼吸症候群		

0:できる 1:一部介助 2:できない

床上安静の指示	□0	□1	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	□0	□1	
寝返り	□0	□1	□2
起き上がり	□0	□1	
座位保持	□0	□1	□2
移乗	□0	□1	□2
移動方法	□0	□1	
口腔清潔	□0	□1	
食事摂取	□0	□1	□2
衣服の着脱	□0	□1	□2
他者への意思伝達	□0	□1	□2
診療・療養上の指示が通じる	□0	□1	
危険行動	□0	□1	

リハビリ後の予定退院先
□自宅 □施設 □療養型 □未定

（特記事項）