

# 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		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	発症日: 年 月 日		
患者氏名 様					
住所					
生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生		入院日: 年 月 日			
年齢 歳		手術日: 年 月 日			
身長 cm	体重 Kg	BMI	(測定日) 年 月 日		
協力者(キーパーソン)		続柄 ( )			
診断名			職業 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
手術名			発症前ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
急性期病院	( )病棟	主治医 担当看護師:			
転院希望日:	令和 年 月 日頃	患者・家族への説明と同意 <input type="checkbox"/>			
転院基準	<input type="checkbox"/> 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:	令和 年 月 日	挿入器具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿カテーテル		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティング介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし	<input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレの種類 号数 )			
		酸素吸入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手段 L)		
経管栄養	号数 設置日 / ) 身体拘束 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 上肢抑制	吸引	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(頻度 /1日)		
		介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(申請日) / <input type="checkbox"/> あり(要支援( ) 要介護( ))		
エネルギー量	( Kcal/日)	身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(申請日) / <input type="checkbox"/> あり 級 種別		
食事姿勢	<input type="checkbox"/> ベッド上寄りかかり座位 <input type="checkbox"/> 車いす座位 <input type="checkbox"/> 端座位	他科受診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		
体位交換	<input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 介助不要(寝返りや徐圧自立)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 泌尿器疾患		
褥創	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
入浴・清潔	<input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴で洗体				
移動手段と自立度	歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 歩行補助具: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 車椅子移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 乗車せず	日常生活活動評価票 /19点			
		0:できる 1:一部介助 2:できない			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 移乗なし	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
排泄方法	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ	寝返り	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
		座位保持	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		移乗	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	移動方法	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 記憶・記銘障害 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 認知症 HDS-F 点 MMSE 点	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
		食事摂取	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 病識低下に伴う危険行為	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 拘束部位 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹	診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
		危険行動	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
意思疎通	会話: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明 難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ナースコールの操作: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	リハビリ後の予定退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 未定			
		(特記事項)			
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 無呼吸症候群				