

□入院予約申し込みカード  
□脳卒中地域医療連携パス

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			□大正 □昭和 □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				
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:			令和 年 月 日 地域包括ケア病棟 日目						
食事(経口)			□自立 □見守り □セッティング介助 □介助 □嚥下障害あり □嚥下障害なし 食事摂取量( )		挿入器具		□なし □尿管カテーテル( Fr) 抜去日( / ) □気管切開(カニューレの種類 )( 号数)		
経管栄養			□経鼻栄養 □胃瘻 □腸瘻 号数 設置日 ( / )		酸素吸入		□なし □あり(手段 L)		
エネルギー量			( Kcal/日)		吸引		□不要 □必要(頻度 /1日)		
食事姿勢			□ベッド上寄りかかり座位 □車いす座位 □端座位		介護保険		□なし □申請中 介護調査( / ) □あり 要支援( ) 要介護( )		
体位交換			□介助必要 □介助不要(寝返りや徐圧自立)		身障手帳		□なし □申請中 □あり 級 種別		
褥創			□なし □あり 部位( )		他科受診		□なし □あり □循環器 □泌尿器科 □精神科 その他		
入浴・清潔			□清拭のみ □シャワー浴 □ストレッチャー浴		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						
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		床上安静の指示		□0 □1		
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		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		□0 □1		
意識障害			□なし □あり (JCS )		寝返り		□0 □1 □2		
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		起き上がり		□0 □1		
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		座位保持		□0 □1 □2		
身体拘束			□なし □あり (□上肢 □下肢 □体幹 □ミトン)		移乗		□0 □1 □2		
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		移動方法		□0 □1		
睡眠状態			□問題なし □問題あり □不眠 □いびき □無呼吸症候群		口腔清潔		□0 □1		
個室希望			□希望なし □希望あり □トイレ付(2,200円/日) □トイレなし(1,650円/日)		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)				
					【地域連携診療計画加算の算定】 □有 □無				