

回復期リハビリテーション病棟入院申込書

記入日 年 月 日

※ 以下は医師以外の方が記入しても構いません。 ※職種：(○で囲んで下さい) 医師・看護師・MSW・その他 ()

患者氏名	(歳)	入院方法	歩行・車椅子・ストレッチャー	
貞心会受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 西山堂病院 <input type="checkbox"/> 西山堂慶和病院 <input type="checkbox"/> ひたちの中央クリニック)			
主病名	(発症日 年 月 日)			
既往	①		③	
	②		④	
リハビリテーション歴	理学療法 (有・無)	作業療法 (有・無)	言語聴覚療法 (有・無)	

日常生活動作

床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志伝達	できる	できる時できない時あり	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
褥瘡の有無	無・有 (部位・大きさ)		
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> TPHA (部位：)		
要継続処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()		
介護保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)		
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他 ()		
住居の状況	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 (一戸建て・集合住宅)		
退院後の予定	自宅・未定・その他 ()		