

回復期リハビリテーション病棟入院申込書

記載日 (年 月 日)

(患者様記入)

現在入院中の医療機関名

病院

フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 () 歳 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
〒 ー 現住所 (ご自宅)	電話 ()

連絡先は2名ご記入下さい。

連絡先① *キーパーソン になる方を記入	氏名 続柄 ()	自宅 ()	携帯 ()
ご住所	氏名 続柄 ()	自宅 ()	携帯 ()
ご住所	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 高齢者医療 農協組合員の(有・無) <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 組合員 (農協)		

病気前の患者様の状態についてご記入下さい。

生活の自立	<input type="checkbox"/> 日常生活に全く問題はなかった <input type="checkbox"/> 不自由さがあった 具体的には・・・
職業	<input type="checkbox"/> 在職 仕事内容 () <input type="checkbox"/> 無職 過去の職業 ()
復職について	<input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不要

入院について心配なこと、困ることありましたらご記入ください。
(例 経済面、退院後の生活について、など)

介護保険	<input type="checkbox"/> あり (交付 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 要介護度 (自立 ・ 要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 担当居宅支援事業所 () 担当者名 () 電話 ()
------	---

ご家庭の状況についてご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 同居者あり () <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名) 退院後の生活場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未定
--

イーツーネット脳卒中地域連携 診療情報提供書【紹介状】 ①

(急性期病院⇒リハビリ病院・かかりつけ医)

記載日: 年 月 日

紹介先:	紹介元: 病院 科 医師
フリガナ 氏名	生年月日: <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 () 歳 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
発症日 年 月 日	入院日 年 月 日 退院日 年 月 日
病名:	
病型 <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症 <input type="checkbox"/> 分類不能 <input type="checkbox"/> 高血圧性脳内出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他の脳内出血 <input type="checkbox"/> 部位 () <input type="checkbox"/> 併存疾患 ()	
急性期病院 経過:	
<input type="checkbox"/> 中リスク: 1年に1回受診お願いします <input type="checkbox"/> 高リスク: 6ヶ月に1回受診お願いします	
処方:	
特記事項:	
危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満
感染症	<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 検出部位() <input type="checkbox"/> その他()
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他()
状態症状	<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS: ()) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害()
	<input type="checkbox"/> 運動麻痺(右・左・両側) <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 MMT:(上肢: 下肢:)
	<input type="checkbox"/> 失語症 (<input type="checkbox"/> 運動優位 <input type="checkbox"/> 感覚優位 <input type="checkbox"/> 全失語)
	<input type="checkbox"/> 認知症 MMSE:()点 HDS-R:()点
	<input type="checkbox"/> 排尿障害 (導尿カテ: 有・無) (留置カテ: 有・無)
	<input type="checkbox"/> 利き手 <input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()
問題点	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位:() <input type="checkbox"/> 異常行動()
	<input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> その他()
特殊治療	<input type="checkbox"/> 気管切開(施行日: / /) <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> インスリン
	<input type="checkbox"/> 胃瘻(施行日: / /) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
<input type="checkbox"/> NIHSS (/ 42) <input type="checkbox"/> mRS () <input type="checkbox"/> Barthel Index (/ 100) <input type="checkbox"/> FIM (/ 126)	
脳卒中ネットワーク <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	
かかりつけ医:()	

身体機能自立度（バーセルインデックス）

該当チェック欄に☑をつけてください

項目	名称	チェック欄	点数	内容
1	食事	<input type="checkbox"/>	10：	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
		<input type="checkbox"/>	5：	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）
		<input type="checkbox"/>	0：	全介助
2	車椅子からベッドへの移動	<input type="checkbox"/>	15：	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む （非行自立も含む）
		<input type="checkbox"/>	10：	軽度の部分介助または監視を要する
		<input type="checkbox"/>	5：	座ることは可能であるがほぼ全介助
		<input type="checkbox"/>	0：	全介助または不可能
3	整容	<input type="checkbox"/>	5：	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）
		<input type="checkbox"/>	0：	部分介助または不可能
4	トイレ動作	<input type="checkbox"/>	10：	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む
		<input type="checkbox"/>	5：	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
		<input type="checkbox"/>	0：	全介助または不可能
5	入浴	<input type="checkbox"/>	5：	自立
		<input type="checkbox"/>	0：	部分介助または不可能
6	歩行	<input type="checkbox"/>	15：	45M以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器を除く）の使用の有無は問わない
		<input type="checkbox"/>	10：	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
		<input type="checkbox"/>	5：	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能
		<input type="checkbox"/>	0：	上記以外
7	階段昇降	<input type="checkbox"/>	10：	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
		<input type="checkbox"/>	5：	介助または監視を要する
		<input type="checkbox"/>	0：	不能
8	着替え	<input type="checkbox"/>	10：	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
		<input type="checkbox"/>	5：	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
		<input type="checkbox"/>	0：	上記以外
9	排便コントロール	<input type="checkbox"/>	10：	失禁なし、浣腸、坐薬の取扱いも可能
		<input type="checkbox"/>	5：	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取扱いに介助を要する者も含む
		<input type="checkbox"/>	0：	上記以外
10	排尿コントロール	<input type="checkbox"/>	10：	失禁なし、収尿器の取扱いも可能
		<input type="checkbox"/>	5：	ときに失禁あり、収尿器の取扱いに介助を要する者も含む
		<input type="checkbox"/>	0：	上記以外
合計			点	

参考文献 : Mahoney. F. L&Barthel. D. W:Functional evaluation :
The Barthel Index. Maryland.State. Mad. . J. 14 (2) : 61-65, 1965より

【 大腿骨頸部骨折地域連携パス適応 有 無 】

現在のADL

記入日 月 日

患者氏名	様 (入院病棟 病棟)
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 5分食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (とろみの使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 制限食 (k c l) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) 身体拘束の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> ウーゴ君 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> その他)
リハビリ状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行 制限の有無(荷重・ベッド上安静 など・・・) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
注射薬の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (使用薬剤名)
退院予定	月 日 以降退院可
回復期退院後の受診先	<input type="checkbox"/> 紹介元病院 (貴院) <input type="checkbox"/> 診療所 () * 連携病院未定の時は、病院名の記入は不要
その他	