

## 回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

記載日

令和 年 月 日

連携パス

無・有(大腿骨・脳卒中)

患者氏名	( 歳 )		保険	社保・後期高齢・国保・労災・自賠・生保		
住所			電話番号	( )		
疾患名 (発症又は手術日)	(令和 年 月 日)		入院方法	歩行・車いす・ストレッチャー		
日常生活機能評価	0点	1点	2点			
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			
他者への意思伝達	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	-			
合計点数	点 (10点以上の方は重症区分)					
褥瘡の有無	無・有(部位 大きさ)(処置)					
認知症の有無	無・有(徘徊・昼夜逆転・暴言暴力・見当識障害 HDS-R: 点)					
医療行為	無・有()					
感染症の有無	MRSA ( - ・ 少数 1+ 2+ 3+ 検査日: 部位 )					
	その他の感染症 ( 検査日: 部位 )					
	現在の部屋対応 ( 個室・大部屋 ) 隔離 ( あり・なし )					
リハ状況	単位数/日	□1~3・□4~6・□7~9	車椅子乗車開始	/ ~	歩行開始	/ ~
	リハビリ起算日	/ ~	疾患別リハビリ	脳血管・運動器		
	受傷前のADL・生活等		独歩・杖・歩行器(馬蹄型・ピックアップ等)・車いす・ストレッチャー			
	現在のADL		独歩・杖・歩行器(馬蹄型・ピックアップ等)・車いす・ストレッチャー			
後遺症(程度)及び ゴール(時期)の説明	ゴールのADL	独歩・杖・歩行器(馬蹄型・ピックアップ等)・車いす・ストレッチャー				
	ゴール時期	1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・4~6ヶ月・6ヶ月~				
目標退院先	自宅・親族宅・老健・特養・身障施設・その他( )					
介護保険	□あり □なし □申請中( / 付)					
	要介護度	要支援(1・2) / 要介護(1・2・3・4・5)				
	担当事業所名( ) 担当者( )TEL:					
家族状況	□独居 □夫婦2人 □同居者あり(続柄) キーパーソン連絡先 関係( ) 連絡先( )					
住居状況	□持家 □賃貸(□一戸建て・□集合住宅) トイレ【□洋式・□和式】 居室【□1階・□2階・□( )階】ベッド【□介護用ベッド・□ベッド・□布団】					
病院名			記入者名	(職種: NS・MSW・RH)		