

京都協立病院 回復期リハビリテーション病棟 患者情報提供書

記入日 平成 年 月 日

貴病院名				担当医師 先生	
	診療科	科	担当者	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 連携室 <input type="checkbox"/> MSW	
				担当者氏名	
				連絡先電話	

フリガナ 氏名	男・女	住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	電話番号	

主病名		発症日	平成	年	月	日
		手術日	平成	年	月	日

併存疾患 既往歴	<input type="checkbox"/> 循環器疾患(心房細動・心不全・心筋梗塞・狭心症)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・その他)	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(肺炎・喘息・慢性閉塞性肺疾患)		<input type="checkbox"/> 糖尿病(有・無)	
	<input type="checkbox"/> その他リハに支障を来すと思われる既往歴等()		<input type="checkbox"/> 高血圧(有・無)	

A D L 等	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 嚥下障害: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事内容: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> 糖尿食(kcal) <input type="checkbox"/> めし <input type="checkbox"/> 粥 食形態(刻み・一口大・ソフト) 経管栄養: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> 腸婁(内容:)				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁(有・無) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ(日中・夜間) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(導入理由:)				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 杖・歩行器・車いす(自走可・不可)				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	運動能力	<input type="checkbox"/> 麻痺(あり・なし 右・左 上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 麻痺のレベル()				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話程度 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 不可(失語・構音障害)				
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 記憶・記銘障害 あり・なし 半側無視 あり・なし その他() <input type="checkbox"/> 認知症 HDS-R・MMSE(点) <input type="checkbox"/> 療養上の指示(入る・入らない) <input type="checkbox"/> 問題行動 有・無(不穏・離棟) <input type="checkbox"/> 抑制 有・無 <input type="checkbox"/> その他()				
	その他	<input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> リハ実施(有・無) <input type="checkbox"/> 夜間睡眠状況等() 主治医から本人・家族へ予後の説明: 有・無				

リ 状 ハ 況 ビ リ	リハビリ	<input type="checkbox"/> 毎日できる <input type="checkbox"/> できない → 理由:		
	負荷制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 内容:		
	意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

家族構成(キーパーソンに○)	特記事項(今後の方向性、自宅退院への条件等)
	介護保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり(要支援・要介護)

※お申し込みの際は、診療情報提供書の添付をお願いいたします。

<連絡先> 京都協立病院 よりそい支援連携室

TEL 0773-42-0444 FAX 0773-42-1316