

榛原総合病院 回復期リハビリ病棟 情報シート

記載日	年	月	日	記入者(職種)	病棟	科	主治医 氏名		
患者氏名	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	体重	kg
身長	cm		発症日			年	月	日	最終手術日
主病名			<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脊髄身障 <input type="checkbox"/> その他()			術式()			

機能障害	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害() <input type="checkbox"/> その他
記載時ADL	
移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り・介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経口・経管栄養併用) <input type="checkbox"/> 絶食
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 常時失禁あり/オムツ使用 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 会話はどうか可能 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度であいまい <input type="checkbox"/> 困難
スタッフコール	<input type="checkbox"/> 可(呼べる) <input type="checkbox"/> ときに可能 <input type="checkbox"/> 不可(呼べない)
その他	<input type="checkbox"/> 気管切開あり <input type="checkbox"/> 吸引が必要(回/1回) <input type="checkbox"/> 透析が必要
精神状態など	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 混乱・常時抑制必要 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 発動性低下 <input type="checkbox"/> 認知症 (<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 長谷川式(/ 30) or <input type="checkbox"/> MMSE(/ 30) <input type="checkbox"/> その他治療を要する性心疾患 (うつ病・統合失調症・) あり
感染症、データ	<input type="checkbox"/> CRP () <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> CDトキシ <input type="checkbox"/> MRSA()
病前の状態	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 歩行器守り <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可(<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり) <input type="checkbox"/> 転倒あり <input type="checkbox"/> 認知症 (<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 精神疾患(うつ・統合失調症・) <input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 高度難聴あり <input type="checkbox"/> 四肢切断あり(部位)
A項目	<input type="checkbox"/> 創傷・褥瘡処置 (部位・大きさ) <input type="checkbox"/> 心電図モニター <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 呼吸ケア (酸素吸入)
併存し今後治療・観察を要する疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 経口DM薬(+)・ <input type="checkbox"/> インスリン(+)) <input type="checkbox"/> 心房細動(ワーファリン投与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未) <input type="checkbox"/> 洞不全症候群 (ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 心疾患 (虚血性心疾患・心不全・心臓弁膜症・) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患・) <input type="checkbox"/> 腎不全(慢性腎不全 Cr mg/dl・) <input type="checkbox"/> 整形外科疾患(関節リウマチ・変形性関節症(股・膝・脊椎・)・頸椎・腰椎症・) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位 治療内容) <input type="checkbox"/> 神経疾患・難病など() <input type="checkbox"/> その他()

希望病床	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 大部屋が空くまで個室可
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 認 / CM <input type="checkbox"/> 認 / CM
介護度	介護度: _____
その他の特記事項	

回復期処理欄

受付日	年	月	日	(受付者)	Fa: 自宅
リハ外の受付	可・否			リハ外	施設
	()				Pt()
入院の可否	可・否				Fa()
	()				