

榛原総合病院 回復期リハビリテーション病棟 情報シート

記載日	年 月 日	記入者	職種	病棟	科
患者名	生年月日	年 月 日	身長	cm	
		歳	体重(入院時)	kg/(現在)	kg
主病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 <input type="checkbox"/> 大腿骨転子部骨折 <input type="checkbox"/> 脊椎圧迫骨折 <input type="checkbox"/> その他()				
発症日:	年 月 日	手術日:	年 月 日	術式()	
依存疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 変形性関節症(脊椎・膝・股) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> その他()				
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()				
介護保険	要支援() 要介護() ケアマネジャー()				
障害者手帳	(身体・知的・精神) 級				
必要な処置	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 酸素投与(l/min) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 心電図モニター				
栄養摂取	食形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ 経路: <input type="checkbox"/> 経口(自立・監視・介助) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 義歯: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上下・上・下・一部)				
認知機能	せん妄: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(不眠・大声・辻褄の合わない発言・看護抵抗・暴言・暴力) 拘束: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(センサー・つなぎ服・ミトン・両手抑制・体幹抑制・Y字ベルト) MMSE: 点/30点 or HDSR: 点/30点 危険行動: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() コミュニケーション: <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 言語による指示に従える <input type="checkbox"/> 自分の要求を表現できる(十分・限定的) 難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 発動性低下 <input type="checkbox"/> その他()				
運動機能	片麻痺(右 左): <input type="checkbox"/> 自動運動なし <input type="checkbox"/> 腕を肘より上まで持ち上げられる <input type="checkbox"/> 指折りが少しでも可能 <input type="checkbox"/> 仰臥位で下肢が持ち上がる <input type="checkbox"/> 端座位で踵が地面から離れる <input type="checkbox"/> 端座位で膝が少しでも伸ばせる 基本動作: 立位保持(自立・監視・介助) 起立(自立・監視・介助) 端座位保持(自立・監視・介助) 起居(自立・監視・介助) 寝返り(自立・監視・介助) 移乗(自立・監視・介助) 移動: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自立・監視・介助) セルフケア: 食事摂取(自立・監視・介助) 口腔ケア(自立・監視・介助) 行為(自立・監視・介助) 排泄場所(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PWC <input type="checkbox"/> ベッド上) 排尿:(なし・あり) <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーン 排便:(なし・あり) <input type="checkbox"/> オムツ				
その他特記事項					