**回復期リハビリテーション病棟　情報提供書（１）**

西暦　　　　年　　月　　日

病院名

住所・電話番号

診療科名

医師名

**＊病名、発症日、現病歴、合併症、既往歴、感染、投薬など詳細は、貴院所定の診療情報提供書に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | | 年齢 | | 生　年　月　日 | |
| 氏名 |  | | 男・女 | | 歳 | | 明・大・昭・平　　　年　　　月　　　日 | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 当院受診歴 | | | | なし・あり |
| 職業 | 無・有（　　　　　　　　　）＊復職希望（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 保険など  コピー可 | 後期・国保・社保・労災・自賠・生保・障・都・子・親・他（　　　　　　　　　　　　）  \*生保担当CW担当者名（　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 介護保険：　・未申請　　・申請中　　・要支援(　　　　)　　・要介護(　　　　) | | | | | | | |
| 家族構成 | 単身・同居介助者あり・日中独居・二世帯同居 | | | | | | | |
| キーパーソン   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ： | 続柄： | 連絡先： | | | | | | | | |
| 希望病床 | 多床室・個室（5,400円） | | | | | | | |
| 患者の希望 ：  家族の希望 ：  医師からの説明： | | | | | | | | |
| 看護上の問題　＊看護サマリーを添付してください   |  |  | | --- | --- | | 転倒歴 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 行動制限 | 無・有（　体幹・一部　） | | | | | | | | | |
| リハビリテーション施行　[　無・有　（　理学療法・作業療法・言語療法　）]  リハビリテーション上の問題　＊リハビリテーションサマリーを添付してください | | | | | | | | |
| 連絡担当者名 | |  | | | | MSW　Ns　Dr　その他（　　　　　　　） | | |
| 連絡先 | | 電話番号（　　　　　　　　　　　　）内線（　　　　）Fax（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

**＊情報提供書（２）を記入し、同封してください。**

当院記載

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡担当者 |  | | | | | MSW　Ns　Dr　その他（　　　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号（　　　　　　　　　　　　）内線（　　　　）Fax（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 受付日 | 月　　　日 | | 入院の可否 | 可　・　否 | | | 可否連絡日 | | 月　　日 | |
| 入院日　時間 | 月　　　日　　　時 | | |  | | | 入院日連絡日 | | 月　　日 | |
| 主治医 |  | 担当看護師 | | |  | | | 担当セラピスト | |  |

医療法人社団　昌医会　葛西昌医会病院

**回復期リハビリテーション病棟　情報提供書（２）**

西暦　　　　年　　月　　日

病院・病棟名

担当看護師名　　　　　　　　　　　　担当セラピスト名

患者氏名　　　　　　　　性別〔男・女〕　年齢　　　歳　入院時の身長　　　cm　入院時の体重　　　㎏

**身体状況（記入日：西暦　　　年　　月　　日）＊詳細は、看護サマリー・リハビリテーションサマリーに記載してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 意識レベル | JCS（　　　　　　）または　GCS（　　　　　　） | | | |
| 精神・認知・記憶 | 問題なし　混乱　抑制必要　せん妄　意欲低下　うつ傾向　失見当識　大声　暴力行為  不潔行為　危険行為　昏睡に近い状態  軽度認知低下　記憶障害　徘徊の危険　HDS：　　　　　MMS： | | | |
| 睡眠障害 | なし　あり[眠剤使用：なし　あり（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）] | | | |
| 高次脳障害 | なし　あり | | | |
| コミュニケーション | 話す（　可能・やや困難・不可　） 　聞く（　可能・やや困難・不可・補聴器　）  発語不能　失語症　構音障害　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 視力障害 | なし　あり（　全く見えない　大きな字なら見える　歩行に支障をきたす　）　眼鏡使用 | | | |
| 麻痺 | なし　あり（　四肢麻痺　対麻痺　右片麻痺　左片麻痺　単麻痺　失調　） | | | |
| ナースコール | 押せる　あいまい　押せない　（コールマット　クリップセンサー　その他：　　　　　） | | | |
| 呼吸 | 問題なし　吸引　酸素使用中　人工呼吸器　気切中 | | | |
| 嚥下 | 経口　経鼻　PEG　IVH　その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 排尿・排便 | 【尿意（なし　あり）　失禁（なし　あり）】【便意（なし　あり）　失禁（なし　あり）】 | | | |
| 排泄動作 | （自立　半介助　全介助）：トイレ　ポータブル　尿器　おむつ　留置カテーテル | | | |
| 清潔動作 | 手洗い（自立　全介助）　入浴（自立　半介助　全介助：一般浴　清拭　シャワー　機械浴） | | | |
| 褥瘡 | なし　あり　（部位：　　　　　　　）（DESIGN－R：　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 感染情報 | 咽頭培養　＊嚥下機能・清潔動作に問題がある方のみ | | | |
| **日　常　生　活　機　能　評　価　表** | | | | |
| 評価日（　　　年　　　月　　　日） | | 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持ち上げられる | | できる | できない |  |
| 寝返り | | できる | 一部介助 | 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 | 介助を要する |  |
| 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 | できる時とできない時がある | できない |
| 診療・療養上の指示が通じる | | はい | いいえ |  |
| 危険行為 | | ない | ある |  |
| **評　　価　　合　　計　　点　　数** | | | | 点 |

医療法人社団　昌医会　葛西昌医会病院