

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	後期・国保・社保・労災・自賠・生保・障・都・子・親・他（ _____ ）			
コピー可	*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			
	ふりがな氏名： _____	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	

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 _____ kg

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