

患者情報確認票

記載日 平成 年 月 日

〒340-0013 草加市松江2丁目3番25号
 草加松原リハビリテーション病院
 医療機関名
 地域連携室課
 電話番号: 048-(933)-6006 メール: renkei@soka-reha.jp
 FAX番号: 048-(933)-6001
 電話番号: () 記入者 (職種)

フリガナ 患者氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)
住所		男性 ・ 女性	
電話番号	()	携帯番号	()
氏名	(続柄)	氏名	(続柄)
住所		住所	
電話番号	()	電話番号	()
携帯電話	()	携帯電話	()
家族構成: 独居・配偶者(有・無) 同居者()		家族構成等 (名前)	キーパーソン:

傷病名			
障害名	嚥下障害 有・無		
発症日	(年 月 日)		
入院日	(年 月 日)		
手術日	(年 月 日)		

術式	
経過	入院中の合併症等
退院予定日 (年 月 日)	

既往歴	感染症(検査をお願い致します)
(年 月)	HB Ag (- +) HCV (- +) 梅毒 (- +)
(年 月)	MRSA (- +) その他 []
(年 月)	検出部位: 咽頭・鼻腔・その他 ()
(年 月)	緑膿菌 (- +)
(年 月)	検出部位: 咽頭・鼻腔・その他 ()
(年 月)	検査日: (年 月 日)
処方・その他	アレルギー 無 ・ 有

医療処置 酸素・人工肛門・インスリン(自己注・それ以外)・血糖測定(回/日)
 無・有 創(褥瘡)処置等(部位 大きさ) CVポート・胃瘻・胃管
 その他:

リハビリを行う際の指示・注意点

* 疾患・障害・生命や機能の予後、急変時の方針等が説明してある場合はその内容の記入をお願い致します

* 服薬状況・血液検査・心電図所見・胸部レントゲン所見等は貴施設の資料添付をお願い致します。

患者情報確認票

保険情報:健康保険・国民健康保険・後期高齢者保険・労災保険・生活保護・特定疾患受給者

その他()

介護保険:未・申請中・区分変更・認定済み(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

身体障害者手帳:未申請・申請中・申請済み 種 級

リハビリテーションにおける本人・家族の希望

今後の方向性 在宅・老健・特養・療養型病院・検討中

家屋状況:持ち家・借家

一戸建て(平屋・2階建て・その他)・アパート(階)・マンション(階)

階段:無・有(屋内 段 屋外 段) エレベーター 無・有

手すり:無・有 屋外:階段・屋内:玄関・トイレ・自室・廊下・階段・その他()

項目	移動 (歩行・車いす)	入浴	排泄(尿)	排泄(便)
入院前のADL	自立・介助 福祉機器()	自立・介助 福祉機器()	自立・介助 福祉機器()	自立・介助 福祉機器()
現在のADL	自立・介助 福祉機器()	自立・介助 福祉機器()	自立・介助 福祉機器()	自立・介助 福祉機器()

栄養に関する情報 食種:一般食・治療食(食) エネルギー kcal
 食事形態:副食:常菜・軟菜・一口大・きざみ・ミキサー 身長 cm 体重 kg

薬剤に関する情報

添付資料 有・無

認知症高齢者の日常生活自立度: I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M

日常生活機能評価表(入院中)

患者状況	得点			患者状況	得点		
	0点	1点	2点		0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/	口腔清潔	できる	できない	/
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	/	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
起き上がり	できる	できない	/	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時ある	/
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・一部介助が必要	できない	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
移動方法(歩行・車いす)	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送含む)	/	危険行動(内容)	ない	ある	/
合計得点				点			

重症度・医療・看護必要度 A項目	0点	1点	2点		0点	1点
①創傷処置 ②褥瘡の処置	なし	あり	/	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/			
点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/	シリンジポンプの管理	なし	あり
心電図モニターの管理	なし	あり	/			
専門的な治療・処置	なし	/	あり	A得点	点	

①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)②抗悪性腫瘍剤の内服管理③麻薬の使用(注射剤のみ)④麻薬の内服・貼付・座剤の管理⑤放射線治療⑥免疫抑制剤の管理⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用⑩ドレーナージの管理

転倒歴 年 月頃 場所: 年 月頃 場所: