

季美の森リハビリテーション病院宛・患者紹介用紙

令和 年 月 日

患者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	身長	cm	血液型													
			年齢	才		体重	kg														
住所																					
病名					ICDコード	発症日	年 月 日														
現病歴																					
既往歴																					
医学管理	<input type="checkbox"/>	点滴・注射	<input type="checkbox"/>	酸素	<input type="checkbox"/>	吸引	<input type="checkbox"/>	吸入	<input type="checkbox"/>	経管栄養	<input type="checkbox"/>	胃瘻	<input type="checkbox"/>	気管切開	<input type="checkbox"/>	ペースメーカー					
身体障害	<input type="checkbox"/>	左麻痺	<input type="checkbox"/>	右麻痺	<input type="checkbox"/>	不全	<input type="checkbox"/>	完全麻痺	<input type="checkbox"/>	構音障害	<input type="checkbox"/>	視力障害	<input type="checkbox"/>	視野障害	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	嚥下障害	<input type="checkbox"/>	聴覚障害	<input type="checkbox"/>	知覚障害	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>	神経因性膀胱	<input type="checkbox"/>	対麻痺	<input type="checkbox"/>																
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	記憶障害	<input type="checkbox"/>	失語	<input type="checkbox"/>	失行	<input type="checkbox"/>	失認	<input type="checkbox"/>	具体的症状							
理解力	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	コミュニケーション方法		<input type="checkbox"/>	会話	<input type="checkbox"/>	うなづき	<input type="checkbox"/>	ジェスチャー									
異常行動	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	大声	<input type="checkbox"/>	せん妄	<input type="checkbox"/>	暴力行為	<input type="checkbox"/>	不潔行為	<input type="checkbox"/>	抑うつ							
意識障害	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	GCS																
認知症状	認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>	II a	<input type="checkbox"/>	II b	<input type="checkbox"/>	III a	<input type="checkbox"/>	III b	<input type="checkbox"/>	IV	<input type="checkbox"/>	M					
褥瘡	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	部位		大きさ														
感染症	HBs抗原() HCV() Wa() MRSA() HIV() 疥癬()																				
検査日	その他()																				
食事	栄養ルート	<input type="checkbox"/>	経口()	<input type="checkbox"/>	食事	<input type="checkbox"/>	ST訓練時	<input type="checkbox"/>	お楽しみ程度	<input type="checkbox"/>	経管胃管	<input type="checkbox"/>	胃瘻	<input type="checkbox"/>	IVH						
	姿勢	度 () ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/>																			
	食形態	【主】	<input type="checkbox"/>	米飯	<input type="checkbox"/>	軟飯	<input type="checkbox"/>	全粥	<input type="checkbox"/>	粥ペースト	<input type="checkbox"/>	粥ゼリー	<input type="checkbox"/>								
		【副】	<input type="checkbox"/>	常菜	<input type="checkbox"/>	軟菜()	<input type="checkbox"/>	一口大	<input type="checkbox"/>	刻み	<input type="checkbox"/>	ペースト	<input type="checkbox"/>	ゼリー							
		【種】	<input type="checkbox"/>	糖尿食	<input type="checkbox"/>	減塩食	<input type="checkbox"/>	腎臓食													
	水分	<input type="checkbox"/>	トロミ	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有()	薄い	<input type="checkbox"/>	中間	<input type="checkbox"/>	濃い									
	摂取方法	<input type="checkbox"/>	自力	<input type="checkbox"/>	見守り	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助												
	義歯	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	全部	<input type="checkbox"/>	一部	<input type="checkbox"/>	上	<input type="checkbox"/>	下								
	覆返り	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助	<input type="checkbox"/>	起き上がり	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助						
	座位保持	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助	<input type="checkbox"/>	車椅子移乗	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助						
	立ち上がり	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	つかまれば可	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助												
	立位保持	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	つかまれば可	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	不可												
	歩行	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	監視下	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	車椅子使用												
		<input type="checkbox"/>	使用機器	<input type="checkbox"/>	歩行器	<input type="checkbox"/>	杖	<input type="checkbox"/>	装具												
	排泄	<input type="checkbox"/>	尿意()	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	便意()	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	Pトイレ	<input type="checkbox"/>	尿器	<input type="checkbox"/>	オムツ使用
		<input type="checkbox"/>	バルーンカテーテル留置																		
	入浴	<input type="checkbox"/>	一般浴()	<input type="checkbox"/>	介助	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	機械浴	<input type="checkbox"/>	清拭										
	ナースコール	<input type="checkbox"/>	押せる	<input type="checkbox"/>	押せない	<input type="checkbox"/>	転倒・転落・離床・離棟の危険性	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無										
内服薬・外用薬・注射										特殊治療											
職業			リハビリ意欲					患者家族への説明													
家族構成			本人	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無	患者家族の希望													
キーパーソン			家族	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無														
社会保険	<input type="checkbox"/>	健康保険	<input type="checkbox"/>	後期・前期高齢者	<input type="checkbox"/>	自賠責	<input type="checkbox"/>	生活保護	<input type="checkbox"/>	労災	<input type="checkbox"/>	特定疾患									
介護保険	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	申請中	<input type="checkbox"/>	有(介護度)	ケアマネージャー														
身障手帳	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	申請中	<input type="checkbox"/>	有()	級														
住宅環境	<input type="checkbox"/>	一軒屋	<input type="checkbox"/>	集合住宅()	<input type="checkbox"/>	1階	<input type="checkbox"/>	2階	<input type="checkbox"/>	持家	<input type="checkbox"/>	借家	<input type="checkbox"/>	段差	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無			
備考																					
										病院 記入者											

* 診療情報提供書、血液データの添付をお願いします。

* 感染症において、MRSA・HIV・疥癬については、データがあれば記載してください。