

貴医療機関名：

原宿リハビリテーション病院

御担当者：

東京都渋谷区神宮前6-26-1

TEL:(03)3486-1225

FAX:(03)3486-1226

医療連携室 情報シート

年 月 日

氏名	家族構成		生年月日 M T S H 年 月 日 (歳)
住所			健康 保険 後高 高受 割(区I・区II) 障害 難病 国保 社保 3割(ア・イ・ウ・エ・オ) 労災 自賠 生保 要支援(1・2)
電話			介護 保険 要介護(1・2・3・4・5) [□申請中 □更新中]
キーパーソン	名前	続柄	
疾患名			廃用 症候群 主疾患診断日： 月 日 廃用症候群診断日： 月 日
診断日	年 月 日		
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 脳卒中 () <input type="checkbox"/> 整形疾患 () <input type="checkbox"/> その他：		
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL 検出検体 (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 創部 <input type="checkbox"/> その他：)		<input type="checkbox"/> HB抗原 <input type="checkbox"/> HB抗体 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> W氏
意識レベル	JCS： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	認知 機能	認知症： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Nsコール： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
麻痺レベル	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> なし	安全 対策	安全対策： <input type="checkbox"/> 四点柵 <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 車いすベルト <input type="checkbox"/> 抑制帯
医療処置	<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ) ・在宅酸素 (一時・継続) <input type="checkbox"/> 吸引 (/日) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> インスリン (固定・スケール) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> コルセット		
食事	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> ー口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー 動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 悪い		
移動	手段： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー 移動状況： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移乗状況： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	【日中】 場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ 下着： <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ 排泄状況： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし		
	【夜間】 場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ 下着： <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ 排泄状況： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし		
部屋希望	希望：個室() _____まで可	退院先 希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 検討中
グループ病院 申込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他回復期病院 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 蒲田 <input type="checkbox"/> 赤羽 <input type="checkbox"/> 小金井 <input type="checkbox"/> 江東 <input type="checkbox"/> 五反田 <input type="checkbox"/> 東京品川)		備考 <input type="checkbox"/> 外来受診 (受診日： /) (診療科：) コロナワクチン： <input type="checkbox"/> 接種 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 不明

FAX:(03)3486-1226
へ送信いただきますようお願いいたします。

(誤送信にはご注意下さい。)