

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
電話			
キーパーソン	名前	続柄	介護保険 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) [ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 ]
疾患名			
診断日	年 月 日	廃用症候群	主疾患診断日： 月 日 廃用症候群診断日： 月 日
二次性骨折予防 継続管理料1	あり なし		
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( )・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"/> バルーン <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 <input type="checkbox"/> 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"/> 車椅子 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様お願いいたします。

(誤送信にはご注意ください。)