

貴医療機関名： \_\_\_\_\_

御担当者： \_\_\_\_\_

原宿リハビリテーション病院

東京都渋谷区神宮前6-26-1

TEL:(03)3486-1225

FAX:(03)3486-1226

年 月 日

入院支援室 情報シート

氏名	_____		家族構成	男女	生年月日 M T S H 年 月 日 ( 歳)
住所	.....		健康 保険	後高 国保 社保 割 (低I・低II・現I・現II・現III) (ア・イ・ウ・エ・オ) 労災 自賠 生保 障害 難病	
電話	(本人) ..... (KP)	キーパーソン		名前	続柄
疾患名	_____			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
診断日	年 月 日			退院先 希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 検討中
二次性骨折予防 継続管理料1	あり	なし	<input type="checkbox"/> 整形6単位:	廃用 症候群	主疾患診断日: 月 日 廃用症候群診断日: 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( )・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"/> 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	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 <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"/> なし				
部屋希望	大部屋・個室 _____ まで可			備考	
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				

判定・コメント

医師	_____	看護師	_____
----	-------	-----	-------

目標設定 リハビリ疾患別期限 月 日

判定返し	月 日	サイン	紹介元担当
<input type="checkbox"/> 脳血管(150) <input type="checkbox"/> 高次脳・重度頭髄損傷(180) <input type="checkbox"/> 大腿骨・骨盤Fx(90) <input type="checkbox"/> 廃用症候群(90) <input type="checkbox"/> 運動器損傷(60) <input type="checkbox"/> TKA・THA <input type="checkbox"/> その他			
資料送付日	/	サイン	送付先
病院見学	希望あり・希望なし	日時 /	来院予定者: .
入院前面談	希望あり・希望なし	日時 /	説明相手: 対応者:
入院日	月 日	部屋	主治医
時間	時 分	付添	退院処方 日分
移動手段	<input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他( )		午後入院の昼食 <input type="checkbox"/> 摂取済 <input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> その他( )

【連携室問い合わせ結果・経過記入欄】