

FAX:075-461-5152(地域医療連携室専用)

宇多野病院・回復期リハビリテーション病棟対象患者予診票

紹介元病院名			電話	
所属		氏名	ファックス	

氏名			生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生(歳)
性別	男・女	住所					
原因疾患			発症日	平成	年	月	日
手術日	平成		年	月	日	術式名	
既往症							
キーパーソン			続柄		同居・別居		

処方内容	<input type="checkbox"/> コピーを添付		副作用	
			アレルギー	
食事形態	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 塩分制限食 <input type="checkbox"/> 嚥下困難食		
	形態及び制限	<input type="checkbox"/> その他()		
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症老人自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M			
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 常時臥床		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルン		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況等	意識障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	JCS() <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害	
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	HDS-R(/30) MMSE(/30)	
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 前頭葉障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 情動障害 <input type="checkbox"/> その他()	
	行動障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 離床(<input type="checkbox"/> センサー使用) <input type="checkbox"/> 離棟 <input type="checkbox"/> 叫声	
	感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> MRSA(キャリア) <input type="checkbox"/> 肝炎(B C) <input type="checkbox"/> MBL <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> その他()	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 潰瘍形成 <input type="checkbox"/> 感染症有() マットの種類()	
	気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 離脱(年 月 日)	
	酸素使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ㍉	
	吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

身体状況等	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 体幹
	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 軽症
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度
	言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 失声
	視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 失明
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 失聴
社会資源	介護保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護 度・要支援 度・担当CM() 事業所名()
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	等級 級 部位()
その他	現疾患発症前のADL	<input type="checkbox"/> すべて自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 内容:	
	リハビリ後の転帰	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 転院	
	家族の支援	<input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 非協力的	

	患者の状況	得点		
		0点	1点	2点
日常生活機能 評価表	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/
	どちらかの手を胸元まで 持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない
	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない 移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送を 含む)	/
	口腔内清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	/
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない
	診療・療養上の指示が 通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/
	危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	/
	合計点数			

病室の希望	<input type="checkbox"/> 総室 <input type="checkbox"/> A個室(15,120円) <input type="checkbox"/> B個室(3,240円) <input type="checkbox"/> I個室(2,160円)
-------	---