

日本鋼管福山病院 回復期リハビリテーション病棟入院申込書

年 月 日

日本鋼管福山病院

地域連携室 行

FAX 084-945-3699

TEL 084-945-3091

受付時間:月～金曜日 8時45分～17時00分

土曜日 8時45分～12時30分

(7～9月の土曜日は対応不可能です)

●貴施設

ご施設名

住所

医師氏名(診療科)

電話番号

FAX番号

ふりがな 患者氏名	男 女	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)		
住所 (〒 -) 電話番号 () -					
同居家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者()		主たる介護者()		
受傷前の歩行	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可		屋内 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つたい歩き)		屋外 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー)
リ ハ ビ リ	坐位	<input type="checkbox"/> 自動 <input type="checkbox"/> 他動			
	立位	<input type="checkbox"/> 自動 <input type="checkbox"/> 他動			
	歩行	<input type="checkbox"/> 病棟内 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 不可			
障 害	運動麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢			
	高次脳機能障害	失語症: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		失行: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 見守り (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子)			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()			
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (栄養剤名: 、量: ml × 回)			
<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 嚥下ゼリー食 <input type="checkbox"/> 嚥下とろみ食					
そ の 他	日常生活自立度	障害高齢者	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2		
			<input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 認知症なし <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			
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : ()			
	治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : (<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> その他())			
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : (部位:)				
感染症	<input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> MRSA(部位:) <input type="checkbox"/> その他()				
ご本人・ご家族からご希望があれば、ご記入ください。					
●個室希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
●その他					

※ 転院の可否は担当医師と検討の上、後日ご連絡いたします。

※ 診療情報提供書と共通する項目については、記載は不要です。

※ 回復期リハ病棟の入院適応は発症又は手術後1または2ヶ月以内ですのでご確認ください。

(2015.08作成)