

# 岡山協立病院 回復期リハビリテーション 入院予約患者情報

年 月 日

|                            |   |               |                        |                       |           |  |
|----------------------------|---|---------------|------------------------|-----------------------|-----------|--|
| 患者氏名                       |   | 男・女           | 紹介医療機関:                |                       |           |  |
| 生年月日                       | M・T・S・H 年 月 日( 歳)   | 担当医:          | 科                      | 先生(紹介状: 有・無)          |           |  |
| 疾患名                        | (発症日 年 月 日) (手術日 年 月 日)   |               |                        |                       |           |  |
| 合併症:                       |   |               |                        | 既往歴:                  |           |  |
| 入院の経過)                     |   |               |                        |                       |           |  |
| (以下の該当するものにチェック)           |   |               |                        |                       |           |  |
|                            | 疾 病   | 発症後           | 入院期間                   |                       |           |  |
| 1 - A                      | 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍脳炎、急性脳炎、脊髄炎、多発性神経症、多発性硬化症、腕神経叢損傷もしくは術後 | 2ヶ月以内         | 150日                   |                       |           |  |
| 1 - B                      | 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の脊髄損傷・頭部外傷を含む多発外傷                                  | 2ヶ月以内         | 180日                   |                       |           |  |
| 2                          | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節又は二肢以上の多発骨折もしくは術後                                      | 2ヶ月以内         | 90日                    |                       |           |  |
| 3                          | 外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後                               | 2ヶ月以内         | 90日                    |                       |           |  |
| 4                          | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の神経、筋、靭帯損傷後  | 1ヶ月以内         | 60日                    |                       |           |  |
| <b>機能障害・能力障害</b>           |   |               |                        |                       |           |  |
| 麻痺(部位: 右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・四肢) |   |               | 運動失調                   |                       |           |  |
| 失語症(運動・感覚)                 |   | 構音障害          | 嚥下障害                   | 記銘力障害                 |           |  |
| 半側空間失認(右・左)                |   | 失行            | 視覚障害(右・左・両側)           |                       |           |  |
| 備考欄:                       |   |               |                        |                       |           |  |
| <b>A D L ( 月 日現在)</b>      |   |               |                        |                       |           |  |
| 移動                         | 不可  | 車椅子介助         | 車椅子自立                  | 歩行介助                  | 歩行自立      |  |
| 移乗                         | 全介助   | 一部介助          | 監視                     | 自立                    |           |  |
| 更衣                         | 全介助   | 一部介助          | 自立                     |                       |           |  |
| 入浴                         | 機械浴   | 車椅子浴          | 一般(全介助・部分介助)           |                       | 自立        |  |
| 食事                         | 絶食・点滴   | 経管栄養(レビン・胃瘻)  |                        | 全介助                   | 一部介助 自立   |  |
| 排泄                         | 膀胱留置カテーテル   |               | オシメ                    | ポータブルトイレ(介助・自立) 尿器 自立 |           |  |
|                            | 尿意(有・無)   |               | 便意(有・無)                |                       |           |  |
| 意思疎通                       | 不可  | Yes / No程度    | 日常会話程度                 | 正常 (聴覚障害: 有 無)        |           |  |
| 問題行動                       | 有(具体的に: ) 無   |               |                        |                       |           |  |
| 処置                         | 吸引( /日)   | 気切            | 酸素                     | インスリン                 | 褥瘡 その他( ) |  |
| 感染症                        | MRSA  | HCV           | HBs抗原                  | その他( )                |           |  |
| 他科受診                       | 有( 科 月 回)   |               | 無                      |                       |           |  |
| 服薬                         |   |               |                        |                       |           |  |
| (家族状況)                     | 医療保険<br>記号番号:   |               | 介護保険: 未・申請中 介護度: ケアマネ: |                       |           |  |
|                            | 主介護者  | (続柄 ) (連絡先: ) |                        |                       |           |  |
|                            |   | (続柄 ) (連絡先: ) |                        |                       |           |  |
|                            | 今後の方針: 自宅・施設(申込み先: )  |               |                        |                       |           |  |
| その他(経済的問題等)                |   |               |                        |                       |           |  |
| 相談者:                       | 連絡受付者:  |               | 入院判定:                  |                       |           |  |