

下越病院回復期リハビリテーション病棟転院相談表

(記載日： 年 月 日 記載者：)

| | | |
|----------------------|---|--|
| 紹介元医療機関名 | 病院 | |
| ふりがな 氏名・生年月日 | (男・女) 年 月 日 (歳) | |
| 住所・電話番号 | TEL : | |
| 回復期リハビリ病棟 対象疾患名 | 請求区分： <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 廃 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 目標設定等支援・ 管理シート | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (リハビリ開始日： 月 日) | |
| 入院経過 | <input type="checkbox"/> 紹介状参照 ※その他、特記事項ありましたら下記に記載お願いします 身長： cm、体重： kg | |
| 既往歴・かかりつけ医 | <input type="checkbox"/> 紹介状参照 ※その他、特記事項ありましたら下記に記載お願いします | |
| ADL等 | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> フォーレ |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器() <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> セッティングで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 内容・制限など： |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 問題なくできる <input type="checkbox"/> 時々問題あり <input type="checkbox"/> できない |
| | 精神状況 | <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 行動障害 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> その他 ()) |
| | 抑制などの有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ベッド壁付 <input type="checkbox"/> センサーマット <input type="checkbox"/> センサーベッド <input type="checkbox"/> その他 ()) |
| | その他、医療処 置等 | <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/ 日) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (処置：) <input type="checkbox"/> インスリン (内容：) <input type="checkbox"/> 感染症 HCV () HBs () 梅毒 () <input type="checkbox"/> その他 () |
| 家族状況 入院前生活状況等 | 家族図 | ・入院前ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・就労 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容) ・家族状況、特記事項など： |
| 制度活用状況 | <input type="checkbox"/> 介護保険 (介護度： 担当者： 利用サービス：) <input type="checkbox"/> 身障手帳 (部位： 級：) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 特疾 () <input type="checkbox"/> 労災 | |
| 希望転帰先、本人・ 家族の意向など | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () 意向など： | |
| 転院可能時期 | <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 日以降 | |
| 退院後の受診予定 | 貴院外来受診： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日 科 <input type="checkbox"/> 他院 () | |