

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 ( )	