栃木県立リハビリテーションセンター入院申込書　　　（医療機関用）

|  |  |
| --- | --- |
| 記載日　　　　　　年　　　月　　　日 | 記入者　　　　　　　　　職種 |
| 病院名 |  | 入院診療科　　　　　　　科 | 主治医 |
| 患者氏名 |  | □男　　□女 | 身長　　　㎝ 体重　　　　㎏ |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　年齢　　　　歳 |
| 患者住所 |  |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | （患者との関係） |
| 家族構成 | □単身　　□同居･介護者あり　　□同居･日中単身　　□二世帯住宅 |
| 主病名 | □脳梗塞　　　　　□脳出血□くも膜下出血　　□脊髄損傷□大腿骨骨折　　　□人工関節術後□その他（　　　　　　　　　　　　） | 発症日　　　　　　年　　　月　　　日起算日　　　　　　年　　　月　　　日（最終手術日　　　　年　　　月　　　日）術式（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

病歴･既往歴･処方内容、患者･家族へのリハビリに関する説明内容などは診療情報提供書にてお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 回復期リハ病棟への適応 | □状態が安定しリハビリが可能な状況であり、回復が見込まれる□人工呼吸器を使用していない□昏睡状態あるいはそれに準じる状態ではない□治療を優先する併存疾患がない |

|  |  |
| --- | --- |
| 機能障害 | □右片麻痺　□左片麻痺　□両片麻痺　□対麻痺　□四肢麻痺　□失調□構音障害　□嚥下障害　□失語症　□高次脳機能障害（　　　　　）□その他（　　　　　　） |
| 記載時ADL移動食事排泄ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝｽﾀｯﾌｺｰﾙその他精神状態など | □歩行自立　□見守り･介助歩行　□車椅子自立　□車椅子介助　□ストレッチャー□自立　□一部介助　□全介助　　　とろみ　□とろみ食　　□水分のみとろみ□経管栄養（□経鼻　□胃ろう：栄養剤（　　　　　　　　）　　　　　／mℓ　　　／回）□自立　□常時失禁あり/おむつ使用　□要介助　□留置カテーテル□正常　□会話はどうにか可能　□はい・いいえ程度であいまい　□困難□可(呼べる)　□ときに可能　□不可(呼べない）□気管切開中　□頻回に吸引が必要　□酸素使用中（　　　　）　□透析が必要□正常　□混乱･常時抑制必要　□夜間せん妄　□発動性低下　□抑制使用あり（　　　　　　）□認知症（□重度　□中等度　□軽度）□その他治療を要する精神疾患（□うつ病　□統合失調症　□　　　　　　　　）あり |
| 感染症□問題なし | □未検査　　□HBsAg（＋）　　□HCV（＋）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）（＋） |
| 病前の状態□問題なし | □歩行自立　□歩行見守り　□歩行介助　□歩行不可（□車椅子　　□寝たきり）□転倒あり□認知症（□重度　□中等度　□軽度） □精神疾患（□うつ　□統合失調症　□　　　　　　　）□視覚障害あり　　□高度難聴あり　　□四肢切断あり（部位　　　　　　　　　）□介護保険あり　　□介護サービス利用あり（□ケアマネージャー）　□身障手帳（　　級） |
| 入院中発症した疾患　　□なし | □褥瘡　部位･状況（　　　　　　　　　　　　　　）　　□肺炎□脳卒中再発　　□転倒による打撲･骨折　　□尿路感染症　　□消化管出血　　□けいれん |
| 併存し今後治療･観察を要する疾患　　　□なし□高血圧　　□高脂血症　　□糖尿病（□経口DM薬　□インシュリン（＋））□心房細動（ワーファリン投与　□あり　□未）　　□洞不全症候群（ペースメーカー　□あり　□なし）□心疾患（□虚血性心疾患　□心不全　□心臓弁膜症　・　　　　　　　　　）□呼吸器疾患（□慢性閉塞性肺疾患　・　　　　　　　）□腎疾患（慢性腎不全Cr　　　mg／dl・　　　　　　　）□整形外科疾患（□関節リウマチ　□変形性関節症（□股　□膝　□脊椎　・　　　　）□頚椎症　□腰椎症□悪性腫瘍（部位　　　　　　　　　　治療内容　　　　　　　　　　　）□神経疾患･難病など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日常生活機能評価（別紙参照） | 点 |

|  |  |
| --- | --- |
| 目標退院先 | □在宅　□サ高住　□老健施設　□病院　□その他（　　　　　　　） |
| その他特記事項 |