

広島共立病院 (回復期リハ病棟 ・ 地域包括ケア病棟) 入院申し込み用紙
 患者氏名 () 生年月日 (年 月 日) 記入者 ()

*回リハ対象疾患名 () *起算日 (診断日・手術日) 年 月 日
 *リハビリ開始日 年 月 日 リハビリ実施状況 理学 作業 言語
 *退院支援加算1 算定 あり なし *地域連携パス あり なし

摂食機能療法算定の有無 (有 無) 摂食機能療法開始日 年 月 日 藤島グレード ()

現在のADL
 1.食事 自立 部分介助 全介助
 ※現在の食事の種類 普通食 軟飯 粥食 きざみ食 ミキサー食 ペースト食 流動食
ゼリー食 その他 ()
 ※水分とろみ 要 不要 ※経管栄養 胃ろう 経鼻 腸ろう
 点滴の有無 (なし 有) ※ありの場合、終了予定・内容 ()
 ※嚥下機能評価結果
 2.寝返り 可能 (体交が不要な程度) 不能
 3.排尿 尿意 (有 無) トイレ自立 ポータブル自立 部分介助 全介助
 4.排便 便意 (有 無) トイレ自立 ポータブル自立 部分介助 全介助
 ⇒ オムツ (無 有) 尿カテーテル (無 間欠 留置)
 5.移動 歩行可 車椅子 (自立、要介助) 起き上がり可 寝たきり
 6.身長 () cm ・ 体重 () kg ★ 月 日計測

高次脳機能
 1.認知症 無 有 ※長谷川 無 有 () 点
 2.問題行動 無 有 (徘徊 暴力 暴言 不潔行為 昼夜逆転)
 ⇒対応 センサーマット 離床センサー その他 ()
 3.会話 可能 不十分 不可能 (構音障害 失語)

処置 医療行為
 1.酸素吸入 無 有 (L/分) 2.喀痰吸引 無 有 (約 時間毎)
 3.インシュリン 無 有 ()
 4.褥創 無 有 (部位 大きさ × cm)

病前能力 ADL自立 一部介助 全介助 病前介護度 ()
 病前生活場所 自宅 その他 () 病前職業 無職 あり (職種:)
 病前車運転 有 無

将来の希望生活先 未定 (話し合っていないも含む) 在宅希望

予後の説明 本人理解 ()
 家人理解 ()
 家族状況 (別居の家族も記載)
 同居者: 主介護者となる人: キーパソン:
 家屋状況: 戸建て 外階段あり その他問題点 ()
 介護保険 未申請 申請済み (介護度) 結果未 認定調査日:
 保険情報 () 身障手帳 未申請 申請済み (結果未 級)
 かかりつけ医 ()
 ※入院に対する希望、その他特記事項があればお書きください
 ()