

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  
( )