

広島共立病院 回復期リハ病棟入院申し込み用紙

患者氏名 () 記入日: 年 月 日

*回リハ対象疾患名 () *疾患の発症日 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)
 ※リハビリテーションに対する希望、その他特記事項があればお書きください
 ()