

回復期リハ棟用 情報シート

() (病院) → 半田中央病院/西知多リハビリテーション病院 宛

年 月 日記入

患者氏名	カナ	【生年月日】	年 月 日(才)	科 病棟																																								
	男 女	【入院日】	年 月 日		【主治医】																																							
住所		電話																																										
緊急連絡	① (続柄)	TEL	【家族構成】																																									
	② (続柄)	TEL																																										
【診断名】(発症日・OP日)		【既往症・主治医】 他科フォロー、次回受診日などあれば																																										
		★キーパーソン () → 仕事…無 有()																																										
		【以前のADL】																																										
【内服中の薬】 別紙添付でも可		<table border="1"> <tr> <td>点滴</td> <td>無・有()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>注射</td> <td>無・有()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>インシュリン</td> <td>無・有()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>経管栄養・胃ろう</td> <td>無・有(挿入・造設日)</td> <td>栄養剤</td> <td></td> </tr> <tr> <td>留置カテーテル</td> <td>無・有(Fr)</td> <td>導尿</td> <td>無・有(回/日)</td> </tr> <tr> <td>ネブライザー</td> <td>無・有()</td> <td>酸素</td> <td>無・有(L/分)</td> </tr> <tr> <td>ペースメーカー</td> <td>無・有</td> <td>吸引</td> <td>無・有(昼 回・夜 回)</td> </tr> <tr> <td>人工肛門</td> <td>無・有(造設日)</td> <td>褥創</td> <td>無・有(部位等)</td> </tr> <tr> <td>気管切開</td> <td>無・有(Fr)</td> <td>点眼</td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>人工呼吸器</td> <td>無・有()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			点滴	無・有()			注射	無・有()			インシュリン	無・有()			経管栄養・胃ろう	無・有(挿入・造設日)	栄養剤		留置カテーテル	無・有(Fr)	導尿	無・有(回/日)	ネブライザー	無・有()	酸素	無・有(L/分)	ペースメーカー	無・有	吸引	無・有(昼 回・夜 回)	人工肛門	無・有(造設日)	褥創	無・有(部位等)	気管切開	無・有(Fr)	点眼	無・有	人工呼吸器	無・有()		
点滴	無・有()																																											
注射	無・有()																																											
インシュリン	無・有()																																											
経管栄養・胃ろう	無・有(挿入・造設日)	栄養剤																																										
留置カテーテル	無・有(Fr)	導尿	無・有(回/日)																																									
ネブライザー	無・有()	酸素	無・有(L/分)																																									
ペースメーカー	無・有	吸引	無・有(昼 回・夜 回)																																									
人工肛門	無・有(造設日)	褥創	無・有(部位等)																																									
気管切開	無・有(Fr)	点眼	無・有																																									
人工呼吸器	無・有()																																											
【感染症】	無・有(MRSA: 鼻・痰・尿) (HCV その他)	【ADL】	寝返り	自立・一部介助・全介助																																								
【リハビリ】	MMT ()	起き上がり	自立・一部介助・全介助																																									
理学療法	無・実施中(独歩・杖・歩行器)	座位保持	自立・一部介助・全介助																																									
作業療法	無・実施中	立ち上がり	自立・一部介助・全介助																																									
言語療法	無・実施中	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助																																									
【アレルギー】		移動の手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー																																									
薬	無・有()	車椅子・その他()																																										
食物	無・有()	着替え	自立・一部介助・全介助																																									
その他	無・有()	洗面・整髪	自立・一部介助・全介助																																									
*以下 MSWで記入をお願いします		【食事】	形態 () トロミ(有・無)																																									
所得の状況	低所得者以外…生活保護 住民税非課税世帯(低I・低II) その他()	介助	自立・一部介助・全介助 ()																																									
身障手帳・療育手帳・精神障害者手帳など		姿勢	椅子・車椅子・ベッドG-up()度																																									
介護保険	未・申請中・認定()	【排泄】	尿 尿意 無・有 失禁(無・有・時々)																																									
担当ケアマネジャー	名前() 事業所()	場所	トイレ・Pトイレ・尿器・オムツ																																									
【特記事項】		便 便意 無・有 失禁(無・有・時々)																																										
		場所	トイレ・Pトイレ・オムツ																																									
		処置	浣腸・摘便・下剤()																																									
				【転院元退院可能日】 月 日～可																																								
				【連携担当者】 職種 氏名																																								

医療法人メディライフ 回復期連携室

半田中央病院 FAX:0569-20-2209

西知多リハビリテーション病院 FAX:0562-54-3505

