

脳血管疾患リハビリテーション申込書

平成 年 月 日

仙台リハビリテーション病院

リハビリテーション科担当医 宛

医療機関 所在地

TEL 022-351-8118 / FAX 022-351-8126

名称

担当医

フリガナ	
患者名：	明・大・昭・平 年 月 日 (才) 男・女
住所	TEL
診断名：	発症 年 月 日
	手術 年 月 日 (手術名)
簡単な経過：	現在の処方内容
既往歴および合併症：	
運動障害： なし ・ 右 ・ 左 ・ 具体的な症状 ()	
言語障害： なし ・ 失語症 ・ 構音障害 ・ その他 ()	
意識障害： なし ・ あり (JCS :)	
感染症： なし ・ あり (MRSA ・ HBV ・ HCV ・ その他)	
認知症： なし ・ あり (治療歴 なし・あり) (HDS - R : /30)	
認知面 (病棟生活) について	
行動に誘導や促しを要する (頻繁・時々・まれに・なし)	不潔行為 (よく見られる・時々・まれに・なし)
徘徊 (よく見られる・時々・まれに・なし)	夜間せん妄・昼夜逆転 (よく見られる・時々・まれに・なし)
抑制の有無 (無 ・ 有の理由：)	その他 ()
吸引： 無 ・ 有 (日中 回、夜間 回)	酸素： 不要 ・ 要 (ℓ/h)
移動： 歩行 (自立・介助) ・ 車椅子 (自立・介助) ・ 全介助	
栄養： 経口 (自立・介助) ・ 食形態 ()	
経管 (経鼻・胃ろう・その他) (品名、 kcal)	
↳ 嚥下訓練 なし ・ あり	
排泄： トイレ (自立・介助) ・ オムツ・留置カテーテル	創処置 (褥そう等)： 無 ・ 有
ナースコール使用： 可 ・ 不可	
病室希望： 個室 ・ 相部屋 (4人部屋) ・ どちらでも可	