

脳血管疾患リハビリテーション申込書

令和 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		
回りハ対象疾患名：	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">発症 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>手術 年 月 日 (手術名)</td> </tr> </table>	発症 年 月 日	手術 年 月 日 (手術名)
発症 年 月 日			
手術 年 月 日 (手術名)			
家族構成 (ジェノグラム) ※キーパーソンに ☆ をつけてください	リハビリ内容 (訓練内容の概要) { ・PT: ・OT: ・ST: } 目標設定等支援・管理料算定：なし・あり 摂食機能療法算定：なし・あり (開始日： /)		
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) 行動制限 なし ・ あり [ミトン ・ センサー ・ 体幹 ・ その他 () 使用の理由：] その他 ()			
吸引： なし ・ あり (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 (, kcal) 経管 (経鼻：開始日 / / ・ 胃ろう：造設日 / /) (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)： なし ・ あり		
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			
介護保険： なし ・ 申請中 ・ あり (要支援・要介護)			
退院後の予定： 自宅 ・ 施設 ・ その他 ()			
他院への同時申込み： なし ・ あり			