

脳血管疾患リハビリテーション申込書

仙台リハビリテーション病院

医療機関

所在地

リハビリテーション科担当医 宛

名称

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

担当医

フリガナ			
患者名：		大・昭・平・令 年 月 日 才 男・女	
住所：		TEL	
回りハ対象疾患名：		発症 年 月 日	
		手術 年 月 日 (手術名)	
保険情報： 社保(本人・家族) ・ 国保 ・ 後期高齢(割) ・ 生保 ・ 労災 ・ 事故 ・ 他()			
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：	
身長・体重		cm	kg
運動障害	無 ・ 右 ・ 左 ・ 具体的な症状 ()		
言語障害	無 ・ 失語症 ・ 構音障害 ・ 難聴 ・ その他 ()		
意識障害	無 ・ 有 (JCS：)	コミュニケーション	
高次脳機能障害	無 ・ 有 (具体的な症状)		
感染症	無 ・ 有 (MRSA ・ HBV ・ HCV ・ その他)		
認知症	無 ・ 有 (治療歴 無 ・ 有) (HDS-R： / 30)		
認知面 (病棟生活)	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 (頻繁・時々・まれに・なし) 徘徊 (頻繁・時々・まれに・なし) 夜間せん妄 (頻繁・時々・まれに・なし) 行動制限 無・有 (ミトン・センサー・体幹・他) 理由：		
基本動作	寝返り： 可 ・ 不可 座位保持： 自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 移乗： 自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助		
移動	歩行 (自立 ・ 介助) ・ 車椅子 (自立 ・ 介助) ・ ストレッチャー		
排泄	トイレ (自立 ・ 介助) ・ オムツ 留置カテーテル (未挿入・抜去済み〔抜去日 / 〕・挿入中)	尿便意	無 ・ 有
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) ↳ 嚥下障害： 無 ・ 有 、 嚥下訓練： 無 ・ 有		
創処置	無 ・ 有	吸引	無 ・ 有 (日中 回 夜間 回)
ナースコール	可 ・ 不可	酸素	不要 ・ 要 (ℓ /m)
病室希望	個室 ・ 相部屋(4人部屋) ・ どちらでも可		
介護保険	無 ・ 申請中 ・ 有 (要支援・要介護) 利用サービス：		
退院後の予定	自宅 ・ 施設 ・ その他 ()		
他院への申込	無 ・ 有		

申込日 年 月 日