

# 運動器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	
回リハ対象疾患名：		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 ( )		
運動制限	荷重制限、禁忌肢位等について： 無 ・ 有 ( )		
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