

連携パス利用： 有 ・ 無

記入日： 平成 年 月 日

医療機関名：

担当者： 受付者： 回復期リハビリテーション病棟 入院依頼書

入棟期日	年 月 日まで					
ふりがな氏名	□男 ・ □女		□明治 □大正 □昭和 □平成	年 月 日( )		
疾患名	既往歴					
概要						
入院日	年 月 日	障害	麻痺( ) 失語症・嚥下障害・失調・構音障害 高次脳機能( )	退院後の希望	自宅施設( )	
診断日・手術日	年 月 日					
元のADL				リハビリ実施内容		
リハビリのゴール				ゴールまでの目処	リハビリへの意欲	有・無
患者状況	日常生活機能評価表	0点	1点	2点	備考	
	安静の指示	なし	あり			
	どちらかの手を胸元まで上げられる	できる	できない			
	寝返り	できる	何かに掴まる	できない		
	起き上がり	できる	支え要す			
	座位保持	できる	見守り	できない		
	移乗	できる	見守り	できない		
	移動方法	介助なし	介助要す		自立 ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ ストレッチャー	
	口腔清潔	できる	できない			
	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	経口 ・ 経管栄養 ・ 胃瘻	
	衣服着脱	介助なし	一部介助	全介助		
	他者への意思伝達	できる	時々	できない	難聴 ナースコール(有・無) センサー(有・無)	
	診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ		医療行為の拒否(有・無)	
	危険行動	ない	ある		大声 ・ 昼夜逆転 ・ 徘徊 ・ 妄想	
排泄	オムツ ・ P-便器 ・ 人工肛門			月 日 時点	合計	点
家族背景	*キーパーソンの記載は必須					
退院後の社会生活	*仕事復帰・家事全般をする必要がある					
その他情報						
医療処置	□吸引( /日) □気切 □酸素( ℓ) □インスリン( 回/日) □点滴( ) □褥瘡					
部屋希望	大部屋 ・ 個室 (3,000円 ・ 5,000円)			経済的問題	有 ・ 無	
介護保険	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援( ) /要介護( ) (申請日： 月 日)		担当ケアマネジャー	事業所： ケアマネ名：		