

東北労災病院リハ入院申込み用紙①

【脳卒中（重篤な内科疾患等）】

患者氏名

生年月日 T・S・H

1.現在の状態

身体状態および A D L	
意識障害	無・有(JCSにて) : _____
麻痺	脳卒中： 無・有(右・左・両側 / Br.Stage U/E ,finger ,L/E)
コミュニケーション障害	無・有(運動失語・感覚失語・その他 / 軽度・中等度・重度) 構音障害(無・有)
嚥下障害	無・有(食形態： _____)
認知症	無・有(軽度・中等度・重度)
	HDS-R : _____/30
M R S A	不明・未検・検査したが検出せず・保菌・感染有り (喀痰・肺炎・尿・褥創・その他_____)
多剤耐性緑膿菌	不明・未検・検査したが検出せず・保菌・感染有り (喀痰・肺炎・尿・褥創・その他_____)
合併症・ リハ阻害因子	高血圧 : 無・有 糖尿病: 無・有 高脂血症: 無・有 心房細動: 無・有 心不全: 無・有 心筋梗塞: 無・有 狭心症 : 無・有 その他_____
骨関節疾患	無・有(_____)
褥創	無・有(部位: _____ I度 II度 III度)
呼吸の問題	無・有(喀痰多し・肺炎あり・酸素吸入施行中・気管切開施行中)
日常生活動作	
排尿:	自立・部分介助もしくは全介助
	トイレ・ポータブル・尿器挿入・おむつ・留置カテーテル
排便:	自立・部分介助もしくは全介助
	トイレ・ポータブル・尿器挿入・おむつ
食事:	自立・摂食部分介助もしくは全介助 (食事所要時間 _____ 分)・経鼻経管栄養 ・胃瘻・中心静脈栄養
起き上がり	自立・部分介助もしくは全介助
車椅子への移乗	自立・部分介助もしくは全介助
歩行以外の移動	車椅子(自立・介助)・ストレッチャー
歩行	自立・監視もしくは介助・不可
精神症状	無・有(ときどき・しばしば・重度) 夜間徘徊(無・有) 夜間せん妄もしくは不眠(無・有) 抑制の必要(無・有) その他_____

2.介護保険申請：未・済(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 身体障害者手帳：未・済(_____ 級)

3.リハ終了後の予定退院先：自宅・長期療養型病院・特別養護老人ホーム・老人保健施設・その他

●自宅退院の場合

—どのような状態でも可能

—日常生活自立度に条件付

(食事自立、更衣自立、排尿自立、排便自立、歩行自立、その他(_____))で可能

直接介護者(患者さんとの関係： _____) 主な連絡者(患者さんとの関係： _____)

●自宅退院以外の場合、次の病院・施設への申込 - 未・済(施設・病院名 _____)