

宮崎江南病院 回復期リハビリテーション病棟 情報提供書

フリガナ		男女	M T S H	年	月	日( 歳)
氏名						
住所	TEL ( )					
医療保険	社保	国保	後期高齢	生保	労災	自賠 其他( )
キーパーソン	氏名	続柄				
	住所	TEL ( )				
既往歴						

〈リハビリの対象となる原因疾患〉

発症( 年 月 日)手術( 年 月 日)

合併症

糖尿病    高血圧    腎不全

リウマチ    心疾患    感染症( )

肺炎    その他( )

障害の状況

意識障害( JCS )

気管切開    関節拘縮    運動麻痺

認知症 ( 意思疎通 可・不可)

高次脳機能障害 ( 失認・失行・失語)

嚥下障害 ( 鼻腔・胃瘻・腸瘻)

褥瘡    その他( )

基本動作	非実施	全介助	介助	監視	自立	備考
起居動作						
座位保持						
立位保持						
移乗動作						
車椅子						
平行棒						
歩行器						
杖						
トイレ動作						
更衣・整容						
入浴						
食事						

食事内容

経口    形態    主食( )    副食( )    総エネルギー ( kcal / 日)

          摂取状況    主食( 割)    副食( 割)    総たんぱく質 ( g)

          栄養補助食品    無    有( )    塩分 ( g)

経管    経管栄養 ( 種類 )    kcal / 日

          注入量 ( 朝 ml 昼 ml 夕 ml )

排泄

失禁 ( 尿・便 )    オムツ

膀胱留置カテーテル    導尿    膀胱瘻    ストーマ

血圧 / mmHg    脈拍 /mi n

血液検査結果 (検査日 年 月 日)

WBC /mm <sup>3</sup>	Glu mg/dl	T-Bil mg/dl	TG mg/dl
RBC 万/mm <sup>3</sup>	BUN mg/dl	GOT IU/L	CRP mg/dl
Hb g/dl	Cr mg/dl	GPT IU/L	HbsAb <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Hct %	Na mEq/L	LDH IU/L	HCVAb <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Plt 万/mm <sup>3</sup>	K mEq/L	Ch-E ΔPH	STS <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
TP g/dl	Alb g/dl	T-Cho mg/dl	MRSA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性

( その他の異常)

使用中の薬剤 ( 内服薬)				( 外用薬・注射薬等)
薬品名	規格	一日量	服薬方法	

治療処置内容

現在のリハビリ状況と予想される到達度

転院後の再診の必要性 有( ) 無

当院退院後のフォロー 可 不可(理由:

お部屋の希望

特別室( 9,720円/日) 個室( 5,400円/日) 大部屋

大部屋に空きがない場合は個室でも可( 大部屋に空きが出たら移動となります)

リハビリ後  
本人・家族の希望

自宅復帰

施設入所

医療機関への転院

家族構成

記入日: 年 月 日

医療機関名

医師 看護師 その他( )

ご氏名

\* ご記入ありがとうございました。記載内容等に関するお問合せは下記にて承っております。

JCHO宮崎江南病院 地域医療連携室  
TEL: 0120-855-082 FAX: 0120-855-083

( 2009. 2. 1 改訂)