

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 ()

FIM得点

運動項目	セルフケア	現在	達成予想
排泄コントロール	移乗	排尿コントロール	
		排便コントロール	
移動	移動	ベッド・車椅子 トイレ 浴槽・シャワー 歩行・車椅子 (主な移動手段)	
		階段	
認知項目	コミュニケーション	理解 表出	
	社会認識	社会的交流 問題解決 記憶	
合計			

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 /mir	身長 cm	体重 kg
血液検査結果 (検査日)	年 月 日)		
WBC $\times 10^2 / \mu\text{L}$	Glu mg/dL	T-Bil mg/dL	TG mg/dL
RBC $\times 10^4 / \mu\text{L}$	UN mg/dL	AST IU/L	CRP mg/dL
Hb g/dL	Cre mg/dL	ALT IU/L	HBs-Ab <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Ht %	Na mEq/L	LD IU/L	HCV-Ab <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
Plt $\times 10^4 / \mu\text{L}$	K mEq/L	Ch-E IU/L	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)				薬薬方法	(外用薬 ・ 注射薬等)
薬品名	規格	一日量			

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	<input type="checkbox"/> 特別室(7,560円/日) <input type="checkbox"/> 個室(5,400円/日) <input type="checkbox"/> 大部屋
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅復帰	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 医療機関への転院
-------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

家族構成	介護保険 <input type="checkbox"/> 有 < <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 >
	<input type="checkbox"/> 無 < <input type="checkbox"/> 新規申請必要なし <input type="checkbox"/> 新規申請必要あり>
	記入日: 年 月 日
	医療機関名 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() ご氏名 記入日