

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	その他()
キーパーソン	氏名	続柄					
	住所	TEL ()					
既往歴							

FIM得点

<リハビリの対象となる原因疾患>		運動項目	セルフケア	現在	達成予想
			排泄コントロール		
発症(年 月 日)手術(年 月 日)		認知項目	食事		
合併症			移乗	整容	
□糖尿病 □高血圧 □腎不全		社会認識	清拭		
□リウマチ □心疾患 □感染症()			移動	更衣(上半身)	
□肺炎 □その他()		合計	更衣(下半身)		
障害の状況			トイレ		
□意識障害(JCS)			排尿コントロール		
□気管切開 □関節拘縮 □運動麻痺			排便コントロール		
□認知症(意思疎通可・不可)			ベッド・車椅子		
□高次脳機能障害(失認・失行・失語)			トイレ		
□嚥下障害(鼻腔・胃瘻・腸瘻)			浴槽・シャワー		
□褥瘡 □その他()			歩行・車椅子		
目標設定等支援・管理料 □算定あり(算定日: 年 月 日) □算定なし			(主な移動手段)		
			階段		
			理解		
			表出		
			社会的交流		
			問題解決		
			記憶		

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 ×10 ² /μL	Glu mg/dL	T-Bil mg/dL	TG mg/dL		
RBC ×10 ⁴ /μL	UN mg/dL	AST IU/L	CRP mg/dL		
Hb g/dL	Cre mg/dL	ALT IU/L	HBs-Ab	□陽性 □陰性	
Ht %	Na mEq/L	LD IU/L	HCV-Ab	□陽性 □陰性	
Plt ×10 ⁴ /μL	K mEq/L	Ch-E IU/L	STS	□陽性 □陰性	
TP g/dL	Alb g/dL	T-Cho mg/dL	MRSA	□陽性 □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	<input type="checkbox"/> 特別室(7,700円/日) <input type="checkbox"/> 個室(5,500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