

回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

医療機関名	主治医	科	先生
医療機関連絡先	担当者	(部署)	(お名前)

紹介患者様情報

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	T・S・H 年 月 日
住所	連絡先	
健康保険区分	社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 前期高齢(割) 後期高齢(割)	
保険者番号	記号・番号	
公費番号	受給者番号	
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 有 有効期限【平成 年 月 日まで】 <input type="checkbox"/> 無	

※保険証コピーを送付していただく場合は、保険情報について省略していただいても結構です。

対象疾患	発症日	平成 年 月 日
	手術日	平成 年 月 日
既往歴	既往疾患	
A D L お よ び 状 態	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 食事内容：常食・軟食・とろみ・キザミ・全粥・その他()
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ポータブル・尿器・留置カテーテル・オムツ(日中・夜間)
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 杖・歩行器・車いす(自走可・不可)・ストレッチャー
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	運動能力	<input type="checkbox"/> 麻痺 右(上肢・下肢) 左(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 失調症 <input type="checkbox"/> 錐体外路障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他()
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話程度 <input type="checkbox"/> 不可(失語・構音障害)
	精神・問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠
	医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 感染症()
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
リハ実施	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(期間 年 月 日 ~ 月 日)	
●ご本人に対する障害(後遺症等)およびゴール設定の説明について●		
●特記事項●		

ご家族の状況

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり【同居者： 】	
キーパーソン	氏名	続柄 連絡先
住居状況	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸(一戸建て・集合住宅) トイレ【洋式・和式】 居室【1階・2階】 寝具【介護用ベッド・ベッド・布団】	
●ご家族とのインフォームドコンセントの内容・今後の意思確認について●		