

総合南東北病院 回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

宛先: 総合南東北病院 医療福祉相談室 FAX: 0223-23-5665 受付日: 月 日

下記の項目に○印をつけ下線部に記載の上、FAXにてお申し込み下さい。入院の可否・時期など、後日電話・FAX等でご連絡致します。

申し込み 年月日: 年 月 日 ()

貴施設名: 診療科 科 主治医: 先生

連絡先: 職種: 名前: Tel: Fax :

患者情報

1. 氏名・性別: 殿 (男 ・ 女) 2. 身長・体重: cm/ kg

3. 生年月日: T ・ S 年 月 日 歳 4. 住所: (市 ・ 町 ・ 村)

5. 病名: 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 ・ 脳挫傷 ・ その他 ()

6. 発症日: 年 月 日

7. 部位: _____

8. 手術: 無 ・ 有 (施行年月日: 年 月 日)

(術名: _____)

9. 現在の病状

意識障害: 無 ・ 有 (JCS: _____)

麻痺: 無 ・ 有 (左 ・ 右 ・ 両側 / 軽度 ・ 中等度 ・ 重度)

失調: 無 ・ 有 (部位: _____)

高次脳機能障害: 無 ・ 有 (症状: _____)

言語障害: 無 ・ 有 [構音障害 ・ 失語 (運動性 ・ 感覚性 ・ その他) / 軽度 ・ 中等度 ・ 重度]

認知症: 無 ・ 有 [徘徊 ・ 昼夜逆転 ・ 不潔行為 ・ 介護への抵抗 ・ その他 ()]

行動制限: 無 ・ 有 [胴 ・ 上肢 (右 ・ 左) ・ 下肢 (右 ・ 左) ・ 車椅子 () その他 ()]

褥瘡: 無 ・ 有 (部位: _____ サイズ: _____ 処置内容: _____)

呼吸障害: 無 ・ 有 (喀痰多い ・ 酸素吸入 ・ 気管切開) 感染症: 無 ・ 有 (HBs ・ HCV ・ MRSA)

10. ADL

起居動作: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ベッド上端座位: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

移動: 歩行 (自立 ・ 一部介助 ・ 不可) ・ 車椅子 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ ベッド上

食事内容・食事形態: _____

食事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ その他 (_____)

排泄: トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ ・ 留置カテーテル (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)

11. リハビリについて

未施行 ・ 施行中 (PT ・ OT ・ ST) 本人の意欲: 無 ・ ムラあり ・ 有

主治医→本人・家族へ予後の説明: 無 ・ 有 (※有の場合、理解度: 良 ・ 普通 ・ 難)

本人・家族の希望: _____

12. 合併症・その他

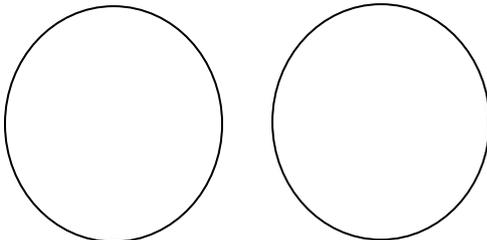
心疾患: 無 ・ 有 (心房細動 ・ 心不全 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症) 高血圧: 無 ・ 有 糖尿病: 無 ・ 有

脂質代謝異常症: 無 ・ 有 骨関節疾患: 無 ・ 有 (症状: _____)

13. 今後の方向性: 未定 ・ 自宅 ・ 他施設等 (検討中 ・ 申込み済 → 施設 / 病院名: _____)

14. 転院時期: いつでも転院可 ・ 転院見込み (/ 以降は可)

CT・MRIの状態をご記入下さい



年 月 日現在