

入院リハビリテーション申込書

フリガナ		生年月日	
患者氏名		明・大・昭・平	男・女
	(〒)	年 月 日 (歳)	
現住所	電話番号 ()		
緊急連絡先	氏名 (〒)	続柄 ()	
	住所	電話番号 ()	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 老人医療
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 (申込 有・無) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 (申込 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院希望日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月	<input type="checkbox"/> できるだけ早く	希望病室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋

日常生活の状況

精神機能	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い有り (HDS-R 点 MMS 点)
	夜間せん妄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	徘徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	精神障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	意識レベル	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> JCS () <input type="checkbox"/> GCS ()

日常生活動作	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> 無
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動手段	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 車いす <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
	移動乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> バルーン)
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 (部位) <input type="checkbox"/> 無
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 困難

高次脳機能	失語	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い有り
	失行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い有り
	失認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 疑い有り

リハビリ	意欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	負荷制限	<input type="checkbox"/> 有 (術式 月 日) <input type="checkbox"/> 無
	補装具	<input type="checkbox"/> 車いす有 <input type="checkbox"/> 車いす無 <input type="checkbox"/> 装具有 <input type="checkbox"/> 装具無

その他	介護者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入院前ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助