

富山県済生会高岡病院 [地域包括ケア病棟 ・ 回復期リハビリテーション病棟] 入院相談票

富山県済生会高岡病院 地域医療連携室 行き TEL:0766-21-0570 (FAX:0766-21-1516)	病院 地域医療連携室 TEL: FAX: 担当者:
--	------------------------------------

紹介患者基本情報 ※診療情報提供書を添付するようお願いいたします。

フリガナ		男・女	生年月日	年齢
患者氏名	様		T・S・H 年月日	歳
患者住所			電話番号 ( ) -	
ご家族氏名			続柄	
ご家族住所			電話番号 ( ) -	
入院日	平成 年 月 日	主治医	科	
病名		感染症	<input type="checkbox"/> 検査無 <input type="checkbox"/> 検査有 HBs( ) HCV( ) MRSA( )	
既往歴及び治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( )	身長: cm 体重: kg	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
継続治療処置等	<input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他( )	看護必要度 A項目	点	

入院前ADL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他	現在のADL	0点	1点	2点
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	どちらかの手を胸元	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り介助必要	<input type="checkbox"/> できない
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (失語症・構音障害・認知症・その他)	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助必要	
現在の摂食状態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養( Fr) <input type="checkbox"/> 胃瘻(造設日 年 月 日 Fr) <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> その他( )	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
現在の食種	<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 嚥下調整食2-1、2-2 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食3 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 常食 ( ) <input type="checkbox"/> 制限食( ) <input type="checkbox"/> その他( )	指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
		危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
		日常生活機能評価	/ 19点		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿( 回 / 日 ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	患者・家族への説明内容			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 (失語症・構音障害・認知症・その他)	退院希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 他病院( ) <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
備考					

対象病棟	疾患	発症から	算定上限日数
回復期リハビリテーション病棟	<input type="checkbox"/> ① 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、くも膜下出血のシャント手術後、急性脳症、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症又は手術後、また義肢装着訓練を要する状態	2ヶ月以内	150日
	<input type="checkbox"/> ② 高次脳機能障害を伴った重度脳血管障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷	2ヶ月以内	180日
	<input type="checkbox"/> ③ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節、2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2ヶ月以内	90日
	<input type="checkbox"/> ④ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靭帯損傷後の状態	1ヶ月以内	60日
	<input type="checkbox"/> ⑤ 股関節または膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内	90日
<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟			60日