

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:0766-50-8870 (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	令和 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	
		口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
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		
		合計点	評価日 令和 年 月 日		
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 ④ 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"/> ⑤ ⑥ 外科手術または肺炎などの治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後	2ヶ月以内	90日
	<input type="checkbox"/> ⑦ ⑧ 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"/> ⑨ 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