

回復期リハビリテーション病棟(入院相談申込書)

福島生協病院 地域医療連携室
〒733-0023 広島市西区都町42-7
TEL (082)292-3260
FAX (082)292-3512

ふりがな				性別
患者氏名				男 女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 歳
現住所	〒 -			
連絡先	氏名	続柄(キーパーソン	
		TEL		
家族構成	夫婦二人 ・ 単身 ・ その他 ()			

退院後の予定	自宅 ・ 未定 ・ その他 ()
当院退院後の通院先 (かかりつけ医)	

介護認定	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	要支援 (1 ・ 2)	未申請
居 宅	事業所	ケアマネ	

日常生活動作等

(重症度・看護必要度に準じた内容)

患者の状況			
症上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある □高次脳機能障害 □転落(ベッド・車いす) □歩行時 □自己抜去	

褥 瘡	なし あり 部位 大きさ × cm Stage
感染症	HB(+ ・ -) HCV (+ ・ -) MRSA(+ ・ -) その他 ()

病院名
