

転院時の情報用紙

依頼元

回復期リハビリ希望

地域包括ケア希望

担当者

対応日

月

日

患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)		
住所			
診断名	発症日 年 月 日 手術日 年 月 日		
既往			
方針			
心身状況	意識障害	無・有 (JCS 1桁・2桁・3桁)	
	麻痺	無・有 ((右・左)片麻痺・単麻痺・対麻痺・その他())	
	失語	無・有 (全失語・運動性失語・感覚性失語)	
	構音障害	無・有	
	視力障害	無・有	
	聴力障害	無・有	
	高次機能障害	無・有 ()	
	認知症	無・有 (意思疎通可・困難、HDS-R /30、MMSE /30)	
	問題行動	無・有 (せん妄・徘徊・暴言・暴行・ 介護拒否・不潔行為・奇声・その他())	
	感染症	無・有 (MRSA (検出部位:)・B型肝炎・C型肝炎 梅毒・その他())	
	褥創	無・有 (部位: 、大きさ: 、処置:)	
	医療行為(A項目)	点滴	無・末梢・中心静脈
気管切開		無・有	
呼吸器		無・有	
酸素		無・有 (リットル、鼻カニューレ・マスク・リザーバマスク)	
インスリン		無・有 (自己注射可・不可)	
抗癌剤		無・有	
モニター		無・有	
抑制		無・有 (方法:)	
ADL状況	移動	自立・一部介助・全介助・不能	
	移動手段	独歩・杖歩行・歩行器・車いす	
	起き上がり	自立・一部介助・全介助・不能	
	座位	可(分程度)・支え要・不可	
	トランス	自立・一部介助・全介助	
	食事	自立・一部介助・全介助・経管栄養(胃ろう・経鼻)・IVH	
	食事内容	常食・軟菜・きざみ・ミキサー・その他()	
	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・パルーン	
入浴	自立・介助・シャワー浴自立・シャワー浴介助・清拭のみ		
入院前ADL	歩行・車いす・ベッド上	家族状況	独居・()と同居
リハ終了後の退院見込み	自宅・その他()	キーパーソン	名前 続柄 ()
介護保険	有・無・申請中		住所
介護度	要支援(1・2)	主たる介護者	連絡先
	要介護(1・2・3・4・5)		仕事 無・有
保険	社保(本人・家族)国保(本人・家族)	主たる介護者	名前 続柄 ()
	高齢(割)、後期(割)		住所
	その他()		連絡先
住宅状況	持家・賃貸(一戸建て・集合住宅)、居室(1階・2階・()階)		
経済状況	問題無・要相談		
その他			