

区西南部回復期リハビリテーション病院 入院申込書

□初台リハビリテーション病院 ・ □JR東京総合病院 ・ □代々木病院 ・ □日産厚生会玉川病院
□世田谷記念病院 ・ □大田病院 ・ □蒲田リハビリテーション病院 ・ □日届会第一病院

※同時に他院に申し込みされているときは、その病院も印をつけてください。

記載日	年 月 日	記入者	職種
病院名	入院診療科	科	主治医
患者イニシャル		□男 □女	身長 体重
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳
患者住所	区/市		
キーパーソン(イニシャル)	(患者との関係)		
家族構成	□単身 □同居・介護者あり □同居・日中単身 □二世帯住宅		
主病名	□脳梗塞 □脳出血 □くも膜下出血 □脊髄損傷 □その他()	発症日 年 月 日 (最終手術日 年 月 日) 術式()	

病歴・既往歴・処方内容、患者・家族へのリハビリに関する説明内容などは別紙「診療情報提供書」にてお願いします。

回復期リハ病棟への適応	<input type="checkbox"/> 発症から2ヶ月以内で回復期病棟に転入院可能であること(相談は発症後1ヶ月以内が望ましい) <input type="checkbox"/> 状態が安定しリハビリが可能な状況であり、回復が見込まれる <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用していない <input type="checkbox"/> 昏睡状態あるいはそれに準じる状態ではない <input type="checkbox"/> 治療を優先する併存疾患がない
-------------	--

機能障害	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両方麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害() <input type="checkbox"/> その他()
------	--

記載時ADL	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り・介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(□経鼻胃管・□胃ろう) <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 常時失禁あり/おむつ使用 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 会話はどうにか可能 <input type="checkbox"/> はい・いいえ程度であいまい <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 可(呼べる) <input type="checkbox"/> ときに可能 <input type="checkbox"/> 不可(呼べない) <input type="checkbox"/> 気管切開中 <input type="checkbox"/> 頻回に吸引が必要 <input type="checkbox"/> 酸素使用中() <input type="checkbox"/> 透析が必要 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 混乱・常時抑制必要 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 発動性低下 <input type="checkbox"/> 認知症(□重度 □中等度 □軽度) <input type="checkbox"/> その他治療を要する精神疾患(□うつ病・□統合失調症・)あり
--------	--

感染症	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> MRSA(+)(部位) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> HBsAg(+) <input type="checkbox"/> HCV(+) <input type="checkbox"/> その他(□疥癬・□HIV・□結核・) (+)
-----	--

病前の状態	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 歩行見守り <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可(□車椅子・□寝たきり) <input type="checkbox"/> 転倒あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 認知症(□重度 □中等度 □軽度) <input type="checkbox"/> 精神疾患(□うつ・□統合失調症・) <input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 高度難聴あり <input type="checkbox"/> 四肢切断あり(部位)
-------	--

入院中発症した疾患	<input type="checkbox"/> 褥創 部位・状況() <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脳卒中再発 <input type="checkbox"/> 転倒による打撲・骨折 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> けいれん
-----------	--

併存し今後治療・観察を要する疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病(□経口DM薬(+))・□インシュリン(+) <input type="checkbox"/> 心房細動(ワファリン投与 □あり □未) <input type="checkbox"/> 洞不全症候群(ペースメーカー □あり □なし) <input type="checkbox"/> 心疾患(□虚血性心疾患・□心不全・□心臓弁膜弁・) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(□慢性閉塞性肺疾患・) <input type="checkbox"/> 腎疾患(慢性腎不全Cr mg/dl・) <input type="checkbox"/> 整形外科疾患(□関節リウマチ・□変形性関節症(□股・□膝・□脊椎・)・□頸椎・□腰椎症・) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位 治療内容) <input type="checkbox"/> 神経疾患・難病など() <input type="checkbox"/> その他()
------------------	--

希望病床	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室(差額は各病院にお問い合わせください) ※複数選択可 <input type="checkbox"/> 特別室(初台リハ病院のみ) *特別室入室後は他病室には移動できません
------	--

その他の特記情報	
----------	--

回復期病院処理欄

受付日	年 月 日	(受付者)
入院の可否	可 否	決定日 年 月 日
連絡日	年 月 日	(連絡者)