

入院依頼連絡票

いわてリハビリテーションセンター 宛

年 月 日

病院名

所在地

TEL

FAX

科 医師氏名

フリガナ 患者氏名	様 (男・女)	生年月日 M, T, S, H, 年 月 日(歳)	
住 所	Tel () -		
診 断 及び障害			
発症(受傷)日	年 月 日		
手 術 日	年 月 日	(手術名)	
合 併 症			
既 往 歴	同居家族 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (主な介護者) ※該当項目の記載をお願いします。 【精神・身体機能状況】 ・意識障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありJCS() ・精神状態: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ ・認知機能低下: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ・言語障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 ・嚥下障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ・起立性低血圧: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ・褥 瘡: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位) ・感 染 症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(HBV・HCV) ・免疫抑制剤使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ステロイド・) ・喀痰吸引: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【ADL 状況】 ・寝 返 り: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支持で可 <input type="checkbox"/> 不可 ・起 き 上 が り: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・座 位 保 持: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支持で可 <input type="checkbox"/> 不可 ・移 乗: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 監視・一部介助で可 <input type="checkbox"/> 不可 ・移 動: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助) ・更 衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・排 泄: (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド) <input type="checkbox"/> 失禁(<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) ・口 腔 清 潔: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・食 事 摂 取: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)		
発病から現在までの状況			
保 険 の 種 別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他()		