

回復期病棟相談シート

依頼日: /

ふりがな		性別		生年月日		年齢	
氏名							
住所				電話番号			
相談者	病院 担当者名:			連絡先			
居室希望	多床室 ・ 個室			KP	①	②	
病名				家族構成			
社会資源	保険情報: 後期高齢者・国保・社保・生保 限度額認定() 公費() 身障手帳: 種 級			介護保険: 担当ケアマネ: 利用していたサービス、利用頻度			
経過・治療計画							
転院可能時期		/ 頃・すぐに 他院打診: 無・有 ()					
今後の方針	在宅 ・ 施設 (同居: 有・無) 特養・老健 その他() 施設名:			種類: 持ち家・マンション・アパート・施設 居住スペース: _____階建て _____階住み 階段: 無・有 () 段差: 無・有 () 手すり: 無・有 () その他問題点:			
	リハビリの希望 退院時のレベル: リハビリの希望期間: 期限内に希望レベルに達しない場合の希望: 在宅 ・ 施設						

判定結果: 可 ・ 不可

入院前

現状(/)

移動	屋内:自立 補助具() 車椅子 ベッド上			自立 補助具() 車椅子 ベッド上		
	屋外:自立 補助具() 車椅子 ベッド上					
移乗	自立 軽介助() 全介助			自立 軽介助() 全介助		
起き上がり	自立 支持物有 介助(一部 全) 不可			自立 支持物有 介助(一部 全) 不可		
排泄	自立 軽介助() 全介助			自立 軽介助() 全介助		
	オムツ リハパン ポータブル			オムツ リハパン ポータブル		
食事	自立 軽介助() 全介助			自立 軽介助() 全介助		
	PEG NG IVH DIV			PEG NG IVH DIV		
	内容:	摂取量:		内容:	摂取量:	
	むせ:有(食べ物・飲み物)・無		とろみ:	むせ:有(食べ物・飲み物)・無		とろみ:
入浴	自立 介助(見守り一部 全) 機械浴 その他			自立 介助(見守り一部 全) 機械浴 その他		
意思伝達	可能 ムラ有 出来ない その他			可能 ムラ有 出来ない その他		
指示理解	可能 ムラ有 出来ない その他			可能 ムラ有 出来ない その他		
言語障害	普通 失語 言語障害 発語なし その他			普通 失語 言語障害 発語なし その他		
問題行動	無・有()			無・有()		
	認知機能:			認知機能:HDS-R /30		
	抑制:無・有()					
既往歴	歳	病名	治療法(内服・手術・保存)	病院名		
備考						