

紀南病院 回復期リハビリ棟入院希望者情報

記載日 令和 年 月 日

紹介元	連絡先							
病室	現在入院中の病室(人部屋・個室)				入院希望の病室(人部屋・個室)			
患者氏名	(読み方:) キーパーソン(続柄) 連絡先							
生年月日	M	T	S	H	年	月	日	(歳) 男・女 紀南病院ID 住所
疾病名	(発症: 年 月 日)							
	(発症: 年 月 日)							
既往病歴								
現在行われているリハビリ	(開始日: /) 理学(内容) 作業(内容) 言語(内容)							
家族構成		<紀南病院退院後の予定>						
		<申込済み施設>						
		発症前ADL						
		身長 体重 身障手帳 無 有()						
移 動	歩行自立 歩行見守り 杖歩行 歩行器 装具() 車椅子自走 移乗時要介助() 車椅子移動 寝たきり(寝返り: 可 不可)							
栄 養	経口摂取 → 自立箸 自立スプーン 全介助 その他() 一部介助(*具体的に)							
	主食: 米飯 軟飯 お粥 副食: 普通 きざみ ミキサー その他() 経鼻経管栄養 胃ろう 腸ろう その他()							
排 泄	日中 : 自立 トイレ誘導 尿器 Pトイレ オムツ 間欠導尿 持続導尿 補記()							
	夜間 : 自立 トイレ誘導 尿器 Pトイレ オムツ 間欠導尿 持続導尿 補記() 尿意 : 有・無 便意 : 有・無							
着脱衣	自立 見守り 半介助 全介助 ()							
入 浴	自立 見守り 半介助 全介助(一般浴 シャワー 特浴)							
意志疎通	可 やや可 不可							
	言語障害の有無 → 無し 構音障害 失語症 ()							
	診療・療養上の指示が通じる(可 やや可 不可)							
	危険行動 無 有(具体的に)							
麻 痺	無 有(部位 程度: 軽 中 重)							
その他 (医療行為)	褥瘡 無・有(部位 程度 処置)							
	酸素 無・有(L/M) 気管切開 無・有 IVH 無・有							
	点滴 無・有 ストマ 無・有 その他()							
※紀南病院転院後も処方必要な注射名								
介護認定	未 有(介護度 期限)							
ケアマネ	氏名 事業所 電話							
<補足事項 例:ご家族の思い、感染症、生活保護など>								

紀南病院 地域連携室 〒519-5293 三重県御浜町阿田和4750 TEL 05979-2-1333(代)

地域連携室FAX 05979-3-1301まで