

フリガナ		性別	住所：
患者氏名	様	男 女	
生年月日	年 月 日 (歳)	TEL：	
疾患名：	発症日： 年 月 日 手術日： 年 月 日	既往歴： 病名	病院名
入院の経過：			
対象リハビリの発症日： 年 月 日		リハビリ種別：	
対象リハビリの開始日： 年 月 日		<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用	

身体状況

麻痺	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左【 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度】) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 下肢(右・左【 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度】) <input type="checkbox"/> なし	身長： 体重：	cm kg
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 程度 処置内容)		
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位 程度 処置内容)		
気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
酸素使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(投与量 ℓ/分)		
特記事項			

ADL

※日中・夜間で異なる際には詳細も記載してください。

歩行	自立・見守り・一部介助・全介助【杖・歩行器・車いす・その他()】
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助【トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・パルーン】
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助【一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭】
食事	自立・見守り・一部介助・全介助【経口・鼻腔・胃瘻】 食事形態：
入院前(自宅・施設など)のADL	全て自立・一部介助(内容)
言語意思疎通	可・支障あり・不可【失語症・構音障害】
理解力	あり・支障あり・なし
自発性	あり・支障あり・なし
ナースコール	実用的に押せる・実用的ではないが押せる・押せない
行動制限	なし・あり 内容()
入院中転倒	なし・あり 原因()
リハビリ	できる・できない 理由()
負荷・荷重制限	なし・あり 内容()
問題となる行動	なし 徘徊(昼間・夜間)・大声を出す・独語(昼間・夜間)・被害妄想・暴言・暴力・拒食・作話・不潔行為 意欲低下(うつ傾向)・帰宅願望・昼夜逆転・脱衣行為・夜間せん妄・拒否・その他()
特記事項	

社会資源

介護保険	なし・申請中・あり(介護度) 担当CM：
サービス利用	なし・あり(内容)
その他	
家族状況	キーパーソン 様 続柄： TEL：
	家族の協力体制： あり・なし
	今後の方針： 自宅・施設(申し込み先)
	経済基盤：
	その他

※転院前面談をするにあたり、ご家族の都合をこちらに記載してください。