

# 患者様状態確認書(リハビリテーション目的入院)

この度転院のご相談をいただきました患者様の状態につきまして、情報の提供をお願いいたします。  
**診療情報提供書**とこちらの**患者様状態確認書**に基づいて、入院相談の受付・調整をさせていただきます。  
 ご記入者は医師・看護師どなたでも構いませんので、どうぞよろしくお願い致します。

ふりがな 患者氏名	様	年齢( )歳 性別(男・女) 身長( )cm/体重( )kg
ご家族 連絡先	様	続柄( ) (日中、連絡がとれる番号をご記入ください) 電話番号 ( ) ※連絡がとれる時間帯など配慮事項( )
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 吸引(1日 回数程度) <input type="checkbox"/> モニター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 注射( ) <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA( ) <input type="checkbox"/> HCV抗体( ) <input type="checkbox"/> HBs抗原( ) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> ありの場合( ) <input type="checkbox"/> 不明	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行(杖なし) <input type="checkbox"/> 歩行(杖あり) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
食形態	食種( ) kcal/日 ) 形態(主食: 副食: ) とろみ(□なし □あり)	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 失禁(無・時々・有)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助浴( <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 見守り ) <input type="checkbox"/> 特殊浴	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(不良の原因: ) 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常用(薬品名: )	
認知機能	<input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> 性格変化 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他( )	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 判断不能 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 病識低下 <input type="checkbox"/> その他( )	
リハビリ	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> リハビリ開始日( )	
評価指標	<input type="checkbox"/> BI( ) <input type="checkbox"/> FIM( ) ☆評価日: 年 月 日	
その他	抑制 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり, 熱発 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり, 転倒・転落 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり, 危険動作 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
特記事項	※ 退院後の方向性について <input type="checkbox"/> 自宅( ) <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 疾患・障害・後遺症等に関する説明の有無: 有( )・無 ※ 転院後の貴院再診の必要性: 有(時期 )・無 ※ 入院中の他院受診の必要性: 有(時期 )・無 ※ 介護保険の有無: 有(申請中、要支援、要介護1・2・3・4・5) 有効期間: ( )・無 ※ 個室希望の有無: 有( )・無	

潤和会記念病院 患者支援室宛

記入日: 年 月 日

記入者: 医療機関名

職種 医師 看護師 その他

氏名

印

※ご記入ありがとうございました。記載内容等のお問い合わせは、潤和会記念病院 入院相談窓口「患者支援室」【直通TEL.0985-47-5314】または【代表TEL.47-5555】にて承っております。