

医療法人社団弘慈会 宮古第一病院 0193(62)3737(代)/入退院調整室直通 TEL・FAX 0193(64)0577

(☐回復期リハビリ病棟☐療養病棟)入院予約用紙 ※どちらかを選択して下さい

紹介年月日/紹介者	令和 年 月 日 /		紹介元連絡担当者:	
フリガナ			性別	生年月日・年齢 歳
患者氏名	様		M・T・S・H・R	年 月 日
患者住所/入院日			/ 入院日:	令和 年 月 日
疾患名/手術名			/ 手術日:	令和 年 月 日
他科受診	科 次回予約日 ()		科 次回予約日 ()	科 次回予約日 ()
意識レベル	☐ 清明 ☐ 1~3 ☐ 10~30 ☐ 100~300 /		言語障害: ☐ 無 ☐ 有 (☐ 失語症 ☐ 構音障害)	
感染症	☐ 無 ☐ 有 (☐ HBV ☐ HCV)			
呼吸管理	☐ 酸素吸入 ☐ カスラ ☐ マスク ※診療情報提供書にSpO ₂ が90%以下時点の年月日、()%、ℓ/minの記載をお願いします。 ☐ 気切カニューレ (Fr) ☐ 在宅酸素療法(HOT) ☐ 吸引8回以上/日 ()回/日			
糖尿病	☐ 無 ☐ 有 ☐ 血糖測定 (検) ☐ インスリン注射 ()			
褥瘡	☐ 無 ☐ 有 部位: D: E: S: I: G: N: P: 合計: 点			
DESIGN-R	評価日 部位: D: E: S: I: G: N: P: 合計: 点			
栄養、処置	☐ 絶飲食 ☐ 経口可能 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ IVH ☐ DIV 食形態: / Kcal / 食量:			
認知症	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M / 睡眠: ☐ 良眠 ☐ 不眠			
問題行動	問題行動 () / 身体抑制 ()			
排泄方法	☐ 自排尿 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 間欠導尿 ☐ 留置カテーテル 最終交換日: (Fr)			

◎廃用症候群の診断でリハビリを行う場合は・主病名(急性疾患、術後に限る)・主病名の診断日・主病名の治療経過・(主病名による)廃用症候群の診断日の記載を診療情報提供書をお願いします。

患者の状況(看護師記入)	得 点		
	0 点	1 点	2 点
床上安静の指示	☐ なし	☐ あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	☐ できる	☐ できない	
寝返り	☐ できる	☐ 何かにつかまればできる	☐ できない
起き上がり	☐ できる	☐ できない	
座位保持	☐ できる	☐ 支えがあればできる	☐ できない
移乗	☐ できる	☐ 見守り・一部介助が必要	☐ できない
移動方法 ☐ 車椅子 ☐ 歩行	☐ 介助を要しない移動	☐ 介助を要する移動(搬送含む)	
口腔清潔	☐ できる	☐ できない	
食事摂取	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助
衣服の着脱	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助
他者への意思伝達	☐ できる	☐ できる時とできない時がある	☐ できない
診療・療養上の指示が通じる	☐ はい	☐ いいえ	
危険行動	☐ ない	☐ ある	
病前ADL (記入例: 独歩、自立):	合 計 得 点		点
リハビリ状況 (記入例: 起立訓練、歩行器歩行10メートル×2、等):			

キーパーソン	名前: 続柄:	※当院では病状説明を受けた方に入院時の付き添いをお願いしています
病状説明を受けた方	☐ KP ☐ KP以外 続柄:	
同居家族 / 別居家族	同居: / 別居 (記入例: 次男 (千葉県)):	
方向性	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他:	
リスク	☐ 特になし ☐ 経済 ☐ 家屋 ☐ 家族 ☐ 介護 ☐ その他:	
未収金	☐ 無 ☐ 有 ☐ 請求未発生	
支払い相談	☐ 無 ☐ 有 (相談内容:)	
現在の申請支援関係	☐ 未実施 ☐ 介護保険 ☐ 傷病手当 ☐ 障害者手帳 ☐ 難病受給者証 ☐ その他:	
現在の介護認定	☐ 無 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 申請中 ☐ 新規 ☐ 区分変更 調査日: ☐ 不明	
ケアマネジャー	事業所 () 氏名 () 様	

○この用紙と同時に保険情報を必ずFAXして下さい。(カルテ表紙可) ○入院の可否、および入院予定日は後日電話でご連絡申し上げます。