

医院/病院

科 担当者殿

患者基本情報 (MSWからの情報) <input type="checkbox"/> MSW連絡書あり			
患者ID		入院日	退院日
フリガナ		診断	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (<input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	病巣部位	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()
		発症日	年 月 日 (歳)

診療情報 (Drからの情報) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書あり		記入日	記入者																																																								
依存・合併症の今後の注意点 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他 () 特記	障害状況 失見当識 <input type="checkbox"/> 日付が分からない <input type="checkbox"/> 自分の居場所が分からない <input type="checkbox"/> 家族の名前が分からない 運動麻痺 <input type="checkbox"/> (右 左) (上肢 下肢) の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要 失調 <input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない 感覚障害 <input type="checkbox"/> (右 左) 側の感覚が鈍い 半側空間無視 <input type="checkbox"/> (右 左) 側の刺激に関心・注意が向かない 半盲 <input type="checkbox"/> (右 左) 半分が見えない 視力 <input type="checkbox"/> (右 左) 眼が見えにくい 難聴 <input type="checkbox"/> (右 左) 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 失語 <input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉にできない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない 構音障害 <input type="checkbox"/> 呂律が回らない <input type="checkbox"/> 他人に聞き取れない 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食事をむせる 記名力障害 <input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる コミュニケーション <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族のみ <input type="checkbox"/> 不可能 問題行動 <input type="checkbox"/> せん妄 (昼夜問わず・夜間のみ) <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ																																																										
		処方箋 <input type="checkbox"/> 処方箋コピー添付あり <input type="checkbox"/> 服薬指導書添付あり 管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 介護者管理 <input type="checkbox"/> 一包装 栄養 <input type="checkbox"/> 栄養指導書添付あり <input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																									
		在宅療養・生活習慣のリスクと注意点 <input type="checkbox"/> 薦められること <input type="checkbox"/> 控えるべきこと <input type="checkbox"/> 昼間の注意点 <input type="checkbox"/> 夜間の注意点 特記																																																									
		悪化・再発予防策 <input type="checkbox"/> 受療すべき時期 <input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> 運動 特記																																																									
転院・退院時状況 (看護情報) <input type="checkbox"/> 看護サマリあり		転院・退院時状況 (リハビリ情報) <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書あり																																																									
身体状況 身長 cm 体重 kg 最近3ヶ月内増減 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg) 意識レベル GCS : <input type="checkbox"/> 監視・抑制 <input type="checkbox"/> 問題行動 () 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (HDS-R)	転院・退院時状況 (リハビリ情報) <input type="checkbox"/> リハビリ実施記録書あり <input type="checkbox"/> FIM m-FIM () c-FIM () t-FIM () <input type="checkbox"/> Barthel Index /100 <input type="checkbox"/> Brunnstrom stage 上肢 () 手指 () 下肢 ()																																																										
移動 座位耐性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 非実施 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施		これまでの訓練目標と見込み ・在宅で訓練すべきこと ・回避すべきこと (過介助等) ・補助具と装具 (今後の修正、更新) ・必要なリハサービス ・機能低下時のリハビリ相談先																																																									
食事 方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経鼻 (Fr) <input type="checkbox"/> 胃瘻 (造設日 / , Fr) 食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 () 経管栄養 <input type="checkbox"/> 栄養剤 () 投与量 白湯補正 () 動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 非実施 制限食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 kcal、塩分 g)		日常生活機能評価表 合計点 (/19点) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0点</th> <th>1点</th> <th>2点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>安静指示</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>あり</td><td></td></tr> <tr><td>手の挙上</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>できない</td><td></td></tr> <tr><td>寝返り</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>捕まり可</td><td><input type="checkbox"/>できない</td></tr> <tr><td>起き上がり</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>できない</td><td></td></tr> <tr><td>座位保持</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>支え必要</td><td><input type="checkbox"/>できない</td></tr> <tr><td>移乗</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>一部介助</td><td><input type="checkbox"/>できない</td></tr> <tr><td>移動方法</td><td><input type="checkbox"/>介助不要</td><td><input type="checkbox"/>介助移動</td><td></td></tr> <tr><td>口腔清潔</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>できない</td><td></td></tr> <tr><td>食事摂取</td><td><input type="checkbox"/>介助なし</td><td><input type="checkbox"/>一部介助</td><td><input type="checkbox"/>全介助</td></tr> <tr><td>衣服の着脱</td><td><input type="checkbox"/>介助なし</td><td><input type="checkbox"/>一部介助</td><td><input type="checkbox"/>全介助</td></tr> <tr><td>意思伝達</td><td><input type="checkbox"/>できる</td><td><input type="checkbox"/>時々可能</td><td><input type="checkbox"/>できない</td></tr> <tr><td>指示理解</td><td><input type="checkbox"/>はい</td><td><input type="checkbox"/>いいえ</td><td></td></tr> <tr><td>危険行動</td><td><input type="checkbox"/>ない</td><td><input type="checkbox"/>ある</td><td></td></tr> </tbody> </table>			0点	1点	2点	安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動		口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない	指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
	0点	1点	2点																																																								
安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり																																																									
手の挙上	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない																																																									
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 捕まり可	<input type="checkbox"/> できない																																																								
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない																																																									
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支え必要	<input type="checkbox"/> できない																																																								
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない																																																								
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> 介助移動																																																									
口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない																																																									
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																																								
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																																								
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> できない																																																								
指示理解	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ																																																									
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある																																																									
排泄 排泄動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (サイズ Fr) (最終交換日 /)																																																											
清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭																																																											
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助																																																											
睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤:) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転																																																											
その他 <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位 処置内容 <input type="checkbox"/> 気切 (Fr) <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引 () 回/日		記載日 年 月 日 回復期病院: _____ 病院 _____ 科 _____ [Dr _____] [Ns _____] [MSW _____] [RH Dr _____] [PT _____] [OT _____] [ST _____]																																																									

私は上記の地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。

説明、同意日: 年 月 日 本人か家族の署名: