

入院審査申込書

東京都新宿区歌舞伎町2-44-1

Tel:03(5273)7711
Fax:03(5273)7713

患者名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日(歳)
住所	TEL		職業	
診断名	主障害			
既往歴	合併症			
現病歴				
治療経過				
身体所見				
検査所見	CT所見等		感染症	HBS (+ ・ -)
				HCV (+ ・ -)
				ワ氏 (+ ・ -)
				MRSA (+ ・ -)
				TB既往 (+ ・ -)
投薬内容				
リハビリテーション 申込み理由				
備考				

[]内の該当するものをまるで囲んで下さい。

高次脳機能

失語症	[有・無]	構音障害	[有・無]	知能低下	[有・無]
精神障害	[有・無]	夜間譫妄	[有・無]	意欲低下	[有・無]
失認	[有・無]	失行	[有・無]	徘徊	[有・無]

記載時 運動機能・ADL		追加項目
寝返り	[自立・一部介助・全介助]	整形外科手術後のみ記載日より1ヶ月後の機能の予測
起き上がり	[自立・一部介助・全介助]	
座位保持	[自立・一部介助・全介助]	
立ち上がり	[自立・一部介助・全介助]	
車椅子への移乗	[自立・一部介助・全介助]	
食事	[自立・一部介助・全介助] [鼻腔・胃瘻・IVH]	歩行 [自立・介助・全介助] 杖 [有・無] 装具 [有・無] 車椅子操作 [自立・介助・全介助] その他 (荷重状況など)
更衣	[自立・一部介助・全介助]	
整容	[自立・一部介助・全介助]	
ナースコール	[押せる・不正確・押せない]	
嚥下障害	[有・無]()	
	排泄 尿意 [有・無・失禁] 便意 [有・無・失禁] 排泄動作 [病棟トイレ・ポータブルトイレ・オムツ] [自立・一部介助・全介助(カテーテル)]	
	会話 話す [可能・困難・不能] 聞く [可能・困難・不能]	

リハビリテーション施行歴

PT	頻度 週 ()回 1回()分 期間(~)	OT	頻度 週 ()回 1回()分 期間(~)	ST	頻度 週 ()回 1回()分 期間(~)

看護上の問題 (必ずご記入ください)

身長 ()cm
体重 ()kg

リハビリテーションの現状と目標(必ずご記入ください)

《生活》 医療保険 [健本・健家・国保・老・障・難・生保・労災・自費・日雇]
 キーパーソン [配偶者・子()・その他()]
 大久保病院からの退院先 [自宅・その他 ()]

平成 年 月 日
 病院名 _____ 科 _____
 連絡先 _____
 TEL _____ 医師名 _____ 印 _____