

ID No.

江東病院 回復期リハビリテーション病棟入院前調査票

平成 年 月 日

| | | | | | |
|---|----------|---------|------|---|-------|
| フリガナ | | 生年月日: | | | |
| 氏名: | 様 (男・女) | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 (歳) |
| 住所: | Tel: | | | | |
| 病名: | (病院側記入欄) | | | | |
| 発症又は手術日:平成 年 月 日 | 江東病院入院日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 入院可能期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 高次脳機能障害等 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 既往歴: | | | | | |
| | 年齢 | 病名 | 治療状況 | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 入院中の合併症(誤嚥性肺炎、褥瘡、尿路感染等): | | | | | |
| 社会的状況 | | | | | |
| ①連絡先(主介護者) | | | | | |
| 氏名: | 様 (続柄:) | 携帯電話: | | | |
| 住所: | TEL: | | | | |
| ②連絡先 | | | | | |
| 氏名: | 様 (続柄:) | 携帯電話: | | | |
| 住所: | TEL: | | | | |
| 紹介元病院: | (科) | | | | |
| 入院日:平成 年 月 日 | 主治医: | 紹介者: | | | |
| | TEL: | FAX: | | | |
| 保険: <input type="checkbox"/> 国保、 <input type="checkbox"/> 国保マル高、 <input type="checkbox"/> 退国、 <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)、 <input type="checkbox"/> 後期(1・3)、 <input type="checkbox"/> 自賠、 <input type="checkbox"/> 労災、 <input type="checkbox"/> 生保 (福祉 CW) | | | | | |

身体状況:

| | | |
|-------------------|-----|---|
| 身長 | cm | |
| 体重 | kg | |
| バイタル | ■血圧 | / mmHg ■脈拍 回/分 ■体温 °C |
| 意識障害 | 無・有 | JCS - |
| 高次脳機能障害 | 無・有 | 失語症(運動性、感覚性、混合型) 失行()、失認()、記憶障害 半側空間無視、視野障害(半盲)、その他: |
| 運動障害 (麻痺・筋力低下) | 無・有 | 右上肢 MMT /5、 右下肢 MMT /5 左上肢 MMT /5、 左下肢 MMT /5 |
| 運動失調 | 無・有 | 右側、 左側 |
| 感覚障害 | 無・有 | 右側、 左側 |
| 嚥下障害 | 無・有 | 経口摂取(形態:きざみ、ペースト、ゼリー、トロミ付)、経鼻、PEG |
| 構音障害 | 無・有 | 軽度、 中等度、 重度 |
| 見当識障害 | 無・有 | 障害の種類: 時間、 場所、 人 |
| 認知障害 | 無・有 | HDS-R 点 or MMSE 点 |
| 夜間せん妄・昼夜逆転 | 無・有 | |
| 病識欠如 | 無・有 | |
| 問題行動 | 無・有 | 徘徊、 暴言・暴力行為、 不潔行為 |
| 視力障害 | 無・有 | 右、 左、 両眼 |
| 聴覚障害 | 無・有 | 右、 左、 補聴器(有・無) |
| 酸素吸入 吸引 | 無・有 | 安静時: L/min、 労作時: L/min 回/日以上、 夜間吸引有り(時間おき) |

■簡単な ADL

| | | |
|-------------|--|---------------|
| 食事 食事形態 | (自立・セッティング・一部介助・全介助) (常食・全粥・きざみ・ペースト・ゼリー) | カロリー 塩分: g |
| 着替え | (自立・一部介助・全介助) | |
| 洗面 | (自立・一部介助・全介助) | |
| 排泄 | (自立・一部介助・全介助)(テープ式オムツ・リハビリパンツ・バルーン・トイレ) | |
| 座位保持 | (自立・支え必要・不可) | |
| 移動 車椅子移乗 | (独歩・T字杖・歩行器・シルバーカー・車椅子) (自立・一部介助・全介助) | |
| 整容 | (一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭のみ) (自立・一部介助・全介助) | 回/週 |
| 嗜好 | 喫煙歴: 年、 本/日 | アルコール: 本/日 |

■リハビリテーションについて

| | | | |
|----------------|--|--------|--|
| リハビリの意欲 (有・無) | | 元の ADL | |
| 現在のリハビリテーション内容 | | 見立て | |
| PT | | PT | |
| OT | | OT | |
| ST | | ST | |

■社会資源等

| | | | | | |
|---|-------------------------|------|--|--|--|
| 介護保険 | 要支援: 1 2 要介護: 1 2 3 4 5 | | | | |
| 申請中 | 調査日: | 家族構成 | | | |
| ケアマネージャー | 事業所: TEL: | | | | |
| 職業 | 本人: Key: | | | | |
| 自宅について | | | | | |
| ・住宅(一戸建て・マンション・都営・アパート)、エレベーター(有・無) | | | | | |
| ・段差(有:場所⇒・無)、手すり(有:場所⇒・無) | | | | | |
| ・ベット(有・無)、トイレ(洋式・和式)、浴槽のタイプ(埋込み・置き型)、介護保険による改修(有・無) | | | | | |
| ・入院セット (使用なし・A・B・C) ・シューズ購入希望 (有・無) | | | | | |