

都立荏原病院リハビリテーション科
入院申込書(診療情報提供書)

この用紙は、記入後封筒に入れて封をして下さい。

平成 年 月 日

病院名
連絡先

科 医師名
TEL

印

患者名	男・女	生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日
住所				職業
診断名	主障害			
既往歴	合併症	感染:無・有(HB HIV ワ氏 MRSA TB 既往) 痙攣:無・有		
現病歴				
治療経過	シャント手術:無・有(そのバルブ名)			
身体所見				
検査所見	(主な異常値)		CT(年 月 日)	
投薬内容				
リハビリテーション 申し込み理由				

〔 〕の中の該当するものを で囲んでください。					
高次脳機能					
失語症	〔 有 無 〕	構音障害	〔 有 無 〕		
精神障害	〔 有 無 〕	夜間せん妄	〔 有 無 〕		
失認傾向	〔 有 無 〕	失行傾向	〔 有 無 〕		
知能低下	〔 有 無 〕	意欲低下	〔 有 無 〕		
		徘徊	〔 有 無 〕		
起居・移動・ADL					
寝返り	〔 自立 介助 不能 〕	歩行	〔 屋内 屋外 〕〔 自立 介助 不能 〕		
起き上がり	〔 自立 介助 不能 〕	杖	〔 有 無 〕		
坐位保持	〔 自立 介助 不能 〕	装具	〔 有 無 〕		
立ち上がり	〔 自立 介助 不能 〕	車椅子操作	〔 自立 介助 不能 〕		
車椅子への移動	〔 自立 介助 不能 〕				
食事		更衣			
〔 自立 介助 不能 〕		〔 自立 介助 不能 〕			
整容		ナースコールを押す			
〔 自立 介助 不能 〕		〔 自立 介助 不能 〕			
排泄	尿・便意	〔 有 無 〕	会話		
	尿失禁	〔 有 無 〕		話す	〔 可能 困難 不能 〕
	便失禁	〔 有 無 〕		聞く	〔 可能 困難 不能 〕
	排泄動作	〔 ベッド上 ポータブル便器 トイレ 〕 〔 自立 介助 不能 (カテーテル おむつ) 〕			
リハビリテーション施行歴					
P T	〔 有 無 〕	O T	〔 有 無 〕	S T	〔 有 無 〕
	頻度		頻度		頻度
	回/週 分/回		回/週 分/回		回/週 分/回
期間	~	期間	~	期間	~
看護上の問題					
身長: 体重:					
リハビリテーションの現状と目標 担当者名 PT: OT: ST:					
生活状況					
同居家族		〔 有 無 〕	保険		
身体障害者手帳		〔 有 無 申請中 〕	〔 社保 国保 生保 労災 〕		
			最終的な退院先		
			〔 自宅 その他() 〕		

東京都大田区東雪谷 4-5-10

東京都立荏原病院

送付先 医療連携室 FAX 03(5734)7018

TEL 03(5734)8000

受付日 年 月 日	判定 可 保留 否	入院予定日 年 月 日	診察医
--------------	--------------	----------------	-----

印欄は記入しないで下さい