

# 入院相談票

※該当箇所はすべてうめてください

(財)操風会 岡山西リハビリテーション病院  
〒703-8265 岡山市中区倉田503-1  
(代表)086-274-7001  
(相談室直通)086-274-7011  
(相談室FAX)086-274-7025

相談日: 令和 年 月 日

紹介元医療機関名:

病院 科

|   |   |   |
|---|---|---|
| しめい<br>氏名   | 男<br>女  | 生年月日<br>T S H 年 月 日 歳   |
| 傷病名   | その他<br>既往歴  |   |
| (発症日 月 日) (手術日 月 日)   |   |   |
| 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ( <input type="checkbox"/> 上肢、 <input type="checkbox"/> 下肢 )<br>高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行  | 言語  | <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴<br><input type="checkbox"/> 嚥下障害                             |
| 保険 <input type="checkbox"/> 後期 ( ___割 ) <input type="checkbox"/> 社本、社家 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> その他   |   |   |
| 特定疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) / 身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 等級 ___ 級、種類: _____ )  |   |   |
| ADL ( 月 日時点 )   |   | <身長・体重> ※必ず記載<br>_____ cm<br>_____ kg<br>( / 時点 )   |
| 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 何とか可 <input type="checkbox"/> 不可 (JCS _____ )  |   |   |
| 寝返り <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可  |   |   |
| 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>→ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝台  |   | <医療処置> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 褥瘡・創処置<br>(部位 _____ )<br>(処置内容 _____ )                   |
| 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   | <input type="checkbox"/> 吸引 ( ___回/日 )  |
| 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |   | <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 ( ___ℓ )  |
| 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>形態 ( _____ )  |   | <input type="checkbox"/> 点滴 ( _____ )<br><input type="checkbox"/> 血糖測定 ( ___回/日スケール )   |
| 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>→ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 導尿 ( /日 )<br>尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |   | <input type="checkbox"/> インスリン ( ___回/日 )<br><他科受診> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>_____ 科<br>頻度: _____                 |
| 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 軽度 中度 重度<br>ナースコール: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可  |   | <感染症> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>( _____ )  |
| 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 大声 徘徊 妄想 昼夜逆転 拘束<br>(状況: _____ )   |   |   |
| 住所  |   |   |
| 家族状況: KP: [ _____ ]   | <入院前ADL><br>( _____ )   | <介護保険><br><input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中<br><input type="checkbox"/> 介護度: _____<br>CM:<br>サービス:                            |
|   |   | 個室希望<br><input type="checkbox"/> 一旦大部屋可<br><input type="checkbox"/> 大部屋希望<br><input type="checkbox"/> 一旦個室可   |
| <家族関係等>   | <経済問題> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>( _____ ) | <今後の方針> <家族の意向><br><input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 特養、老健<br><input type="checkbox"/> 有料、サ高住<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 連絡担当者名 ( 当院から連絡する方 ): _____ 様 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 他 ( _____ )   |   |   |