

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 氏名	男 女	生年月日 T S H 年 月 日 歳
傷病名	その他 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 (□上肢、□下肢) 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 <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 _____ cm _____ kg (/ 時点)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 何とか可 <input type="checkbox"/> 不可 (JCS _____)	<医療処置> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 褥瘡・創処置 (部位 _____) (処置内容 _____) <input type="checkbox"/> 吸引 (___ 回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (___ ℓ) <input type="checkbox"/> 点滴 (_____) <input type="checkbox"/> 血糖測定 (___ 回/日スケール) <input type="checkbox"/> インスリン (___ 回/日) <他科受診> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 科 頻度: _____ <感染症> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
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 → <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	
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	
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	
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 形態 (_____)	
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 → <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) 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 軽度 中度 重度 ナースコール: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可	
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 (状況: _____)	
住所		
家族状況: KP: [_____]	<入院前ADL> (_____)	<介護保険> <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 介護度: _____ CM: サービス:
		個室希望 <input type="checkbox"/> 一旦大部屋可 <input type="checkbox"/> 大部屋希望 <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 (_____)	<今後の方針> <家族の意向> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特養、老健 <input type="checkbox"/> 有料、サ高住 <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 (_____)		