

ふりがな				性別	生年月日
患者氏名				男・女	年 月 日
患者住所	〒			電話番号	
同居家族氏名	続柄	年齢	職業	健康状態	電話番号
				良・	
				良・	
				良・	
				良・	
同居ではないが関係者	続柄	年齢	職業	住所・電話番号	
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済み【 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> あり 事業所名: _____ <input type="checkbox"/> なし				
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる 担当者名: _____ 様 <input type="checkbox"/> いない				
家屋状況	家屋	<input type="checkbox"/> 持ち家【築 年】 <input type="checkbox"/> 賃貸【 階】【エレベーター: あり なし】			
	寝室	【 階】和室/洋室	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式	
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド【普通 介護用】	改修	<input type="checkbox"/> 済み【 _____ 】	
	浴室	<input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 埋め込み <input type="checkbox"/> 半埋め込み【シャワー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	玄関段差	上がり框【 _____ cm】 玄関段差 <input type="checkbox"/> あり【 _____ cm】 <input type="checkbox"/> なし			

◆当院(沼津リハビリテーション病院)からの退院先として、どのような場所をお考えですか？

自宅に帰る 本人の状態によっては【 自宅・施設 】に帰る
 具体的に施設を【 考えている・申し込んでいる 】施設名: _____

◆入院前の状況について教えてください

歩行		睡眠	
トイレ		服薬管理	
食事		金銭管理	
認知		介護サービス	
性格		学歴	
趣味 趣向			