

診療情報提供書

記入日 令和 年 月 日

公益財団法人 復康会

沼津リハビリテーション病院

医療機関名

所在地

電話番号

紹介医師

印

患者氏名	様	生年月日	M T S H R	年 月 日生 (歳)	男女
住所			電話番号 連絡先	() ()	
診断名	既往歴				
発症年月日 年 月 日					
地域連携パス <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
現病歴 (病状経過、治療経過)					現在の処方
					禁忌薬剤 有 ・ 無 アレルギー 有 ・ 無
リハビリテーションの状況 (施行 ・ 未施行)					
予想される到達点					
CT・MRI	部位:				
X-P	部位:				
ECG	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施				
エコー	部位: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施				
VF	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 未実施				

1. 診療情報提供書及び生活情報票も合わせてご提出下さい。
2. 必要に応じ、画像診断のフィルム等を添付してください。
3. 検査は直近のデータを添付してください。
4. 骨折の場合は、術前のフィルムを転院時に持参してください。

神経所見	利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 眼球運動障害 () <input type="checkbox"/> その他の脳神経症状 () <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 両片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> 小脳失調 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> その他の運動障害 () <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 記銘力障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 左無視 <input type="checkbox"/> 右無視 <input type="checkbox"/> 半盲 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の高次脳機能障害 () <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> その他 ()				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 経胃瘻栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (ℓ/分) <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位と方法 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () 身体拘束 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)				
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 () 食事形態：主食 () 副食 ()				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法： <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレ				
日常生活機能指標 評価日 (/)	患者の状態		0点	1点	2点
	1	床上安静の指示	なし	ある	
	2	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
	3	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
	4	起き上がり	できる	できない	
	5	座位	できる	支えがあればできる	できない
	6	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
	7	移動方法 (主要なもの1つ) (独歩・杖・歩行器・車椅子・その他)	介助を要しない移動	補助を要する移動 (搬送を含む)	
	8	口腔清潔	できる	できない	
	9	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
	10	衣服の脱着	介助なし	一部介助	全介助
	11	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
	12	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13	危険行動への対応	なし	ある		
発症前の生活の自立度					
病状の説明	本人				
	家族				
特記					

* 「日常生活機能指標」につきましては、退院日もしくは退院日前日のものを再度、看護サマリーに添付してください。