

# 転院前患者情報

記入日： 年 月 日

記入者：

入院日： 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	身長		体重	
氏名					cm		kg
目的	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 リハ病名( ) リハ起算日( 年 月 日 ) リハ項目( <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用 ) リハ内容( <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST ) ----- <input type="checkbox"/> 疾患の治療、継続( ) ----- <input type="checkbox"/> その他( )						
今後	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 不明						
病室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 特に希望はない						
キーパーソン	氏名( ) 続柄( )						
既往症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 透析をしている場合は条件を別紙でFAXして下さい。						
ADL	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( )					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( )					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( ) 内容( ) 形態( )					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( )					
周辺症状	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状: )					
	対応	<input type="checkbox"/> 壁寄せ <input type="checkbox"/> ベットセンサー <input type="checkbox"/> センサーマット <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> リムホルダー <input type="checkbox"/> 体幹抑制帯 <input type="checkbox"/> つなぎ服					
	高次脳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
医療管理	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 )					
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(大きさ、処置の内容: )					
	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( L )					
	吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 回/日 )					
	内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症薬( ) <input type="checkbox"/> 抗がん剤( )					
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 ( )						
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )						
その他特記事項							

様

## 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
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	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意志の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※ 得点 : 0~19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点

評価日	
評価者	