

紹介受付票

<紹介元>

医療機関名: _____
 担当者氏名: _____
 TEL: _____
 FAX: _____

翠清会梶川病院
 地域連携委員会
 電話:082-249-6411
 FAX:082-249-3110(直通)

※全項目記入もれのないようご記載いただき、紹介状(ない場合は処方箋の控え)を添付しご返信下さい。

ふりがな 患者氏名				※差し支えなければご記入ください。
生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日 (歳) (男・女)
住所 (市区町村までで可)				
病名 (発症日)	①	(年 月 日発症)		
	②	(年 月 日発症)		
手術の有無	無・有(術名: _____)		手術日: _____)	
診療科	現在入院中の診療科:脳神経外科・脳神経内科・その他(_____)			
当院受診歴	無・不明・有(外来・入院)			
身障手帳	無・有(_____)級		障害の種類(_____)	
介護保険	無・有→ 要支援(_____) 要介護(_____) 有効期限(_____)			
部屋希望	特になし 4人部屋 2人部屋 個室 第1希望(_____) 第2希望(_____) 第3希望(_____) ※ 空いた病室からご案内のため、ご希望に添えない場合もあります旨ご了承ください。			
退院先予定	1 自宅復帰 2 家族宅 3 施設(申込未・済→施設名: _____) その他(_____) ※どのくらいのADLになれば自宅退院又は家族宅へ退院が可能とお考えですか →(_____)			
患者さんの希望 (リハビリ目標等)				
ご家族の希望 (リハビリ目標等)				
家族構成 (同居人・キーパーソン)			生活状況・サービス 利用歴	

ADL	
麻痺	無・四肢・片麻痺 ※BRS I～VIの記入をしてください。 右BRS 上肢() 手指() 下肢() 左BRS 上肢() 手指() 下肢()
基本動作	寝返り (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 起き上がり (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 立ち上がり (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 座位保持 (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 立位保持 (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助)
移動	車椅子 (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 歩行 (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 歩行支援用具の有無:無・有→(歩行器・4点杖・1本杖・その他:)
食事	経口摂取 (自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助) 胃ろう・鼻腔栄養 →栄養剤の種類() セッティング (要・不要) その他()
排泄	オムツ(無・有) リハビリパンツ(無・有) バルーン(無・有) 導尿(無・有→頻度: /日) トイレ誘導(未実施・自立・監視・軽介助・中等度介助・全介助)
問題行動等	認知症(無・有→状況や程度:) HDS-R(点) MMSE(点) 未実施 測定不能 離床センサー(無・有) 徘徊マット(無・有) 不穏(無・有) せん妄症状(無・有→程度:) 問題行動(無・有→暴言・暴力・指示等の拒否・不潔行為・離院行動・帰宅願望) 内服によるコントロール(良好・不良・その他:) その他()
意思疎通	良好・普通・ムラあり・不可 失語症(無・有) 構音障害(無・有) 見当識障害(無・有) 失行(無・有) 記憶障害(無・有) 遂行機能障害(無・有)
リハビリ	意欲(無・ムラあり・有) オーダー(可・ムラあり・不可) 現在行っているリハビリ(無・PT・OT・ST)
感染症	MRSA(陰性・陽性→1+ 2+ 3+) B型肝炎(陰性・陽性) C型肝炎(陰性・陽性) Wa-R(陰性・陽性) その他()
医療処置	酸素(L) 吸引(回/日) 気管切開(無・有) 吸引(無・有→ 回/日) その他()
抑制	無・有 抑制箇所() 抑制方法()
ナースコール	自分で使用できる・使用できない・その他()
特記事項	

※各項目、記入漏れのないようお願い致します。判定会議は通常毎週月曜日午後のため、午前中までにご返信ください。

梶川病院記載欄(※紹介元医療機関は記載不要です)