

# 診療情報提供書

農協共済別府リハビリテーションセンター

(ふりがな) 患者氏名		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生	(才)
疾患名	恐れいりますが、現在治療中の疾患名をすべてご記入ください。						
	(1)		*合併・既往症	(1)			
	(2)			(2)			
	(3)			(3)			
	(4)				□別紙参照		
	かかりつけ医療機関 ( )						
*現病歴	発病年月日( 年 月 日)						□別紙参照
*臨床経過							□別紙参照
*与薬内容							□別紙参照
							☆インスリン治療( 無 ・ 有 )
言語	(1) 失語症( 無 ・ 有 ) (2) 構音障害( 無 ・ 有 ) (3) 難聴( 無 ・ 有 )						
	(4) 嚥下障害( 無 ・ 有 ) (5) その他( )						
食事内容	(1) 食事内容: 常食・( ) 食 kcal)						
	(2) 主食: 米飯・全粥( )						
	(3) 副食: ふつう・きざみ・一口大( )						
	(4) 注意事項: 食物アレルギー 無 ・ 有( )						
	(5) その他:						
現時点での臨床的状況	(1) 意識障害: 清明、1、2、3、10、20、30、100、200、300 (JCSによる)						
	(2) 認知症: 無 ・ 有 (夜間譫妄、不穏、独語、徘徊、暴力・暴言、その他: )						
	(3) 精神疾患: 無 ・ 有 疾患名( ) ⇒ 安定 ・ 不安定						
	梅毒TP抗体( - ・ + ) Wa氏RPR( - ・ + )						
	(4) 感染症: HBV( - ・ + ) MRSA( - ・ + 喀痰・尿・その他 )						
	HCV( - ・ + ) 緑膿菌( - ・ + 喀痰・尿・その他 )						
	その他( )						
	輸血歴: 無 ・ 有( 年 月 日 ) ・ 不明						
	(5) 褥瘡: 無 ・ 有 部位( ) ⇒ MRSA・緑膿菌・他( )						
	(6) 呼吸管理: 必要なし ・ 気管切開(種類 )						
酸素投与( ) ・ 人工呼吸							
(7) 栄養摂取: 経口 ・ 経口/経管or胃瘻併用 ・ 経管 ・ 胃瘻 ・ IVH							
(8) 排尿管理: 無 ・ 間欠導尿 ・ 膀胱留置カテーテル							
(9) 痙攣発作: 無 ・ 有							
(10) 薬剤アレルギー: 無 ・ 有 ( )							
年 月 日							
医療機関名 ( )科							
TEL 医師氏名							
FAX							

\*の項目について、貴院での様式で書かれる際は\*欄の□別紙参照にチェックをしたうえで、本用紙とともにご送付下さい。

患者氏名：

日常生活動作の評価			合計( )点
評価項目	素点	判定	判定基準
食事	10	自立	自助具などの装着可能。標準的時間内に食べ終える。
	5	部分介助	例えば、おかずを細かく切ってもらうなど。
	0	全介助	
車椅子からベッドへの移乗	15	自立	ブレーキ、フットレストの操作も含む。自立歩行も含む
	10	軽度の部分介助	または監視を要する。
	5	座ることは可能であるが、	ほぼ全介助。
	0	全介助、または不可能。	
整容	5	自立	洗面、整髪、歯磨き、髭剃り。
	0	部分介助、または全介助。	
トイレ動作	10	自立	衣服着脱、後始末、およびポータブル使用時の洗浄も含む。
	5	部分介助	身体の支え、衣服、後始末に介助を要する。
	0	全介助、または不可能。	
入浴	5	自立	
	0	部分介助、または全介助。	
歩行	15	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)使用の有無は不問。	
	10	45m以上の介助歩行(歩行器使用を含む)が可能。	
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の自力操作可能。	
	0	自力移動不可。	
階段昇降	10	自立	手すりなどの使用の有無は問わない。
	5	介助、または監視を要する。	
	0	不可。	
更衣	10	自立	靴、ファスナー、装具の着脱を含む。
	5	部分介助	標準的な時間内、半分以上は自分で行える。
	0	不可で全介助。	
排便	10	失禁なし。浣腸、座薬の取り扱いも可能。	
	5	時に失禁あり。浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する。	
	0	全介助。	
排尿	10	失禁なし。収尿器の取り扱いも可能。	
	5	時に失禁あり。収尿器の取り扱いに介助を要する。	
	0	全介助。	
<b>該当項目にご記入ください</b>			
○地域連携診療計画( 無 ・ 有 )			
○摂食嚥下訓練( 無 ・ 有 ) 有の場合は開始日をご記入ください( 年 月 日)			
○介護認定( 無 ・ 有 ) 【要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】			
○目標設定等支援・管理料算定( 無 ・ 有 ) 有の場合は算定日をご記入ください( 年 月 日)			
<b>その他、問題点・留意点などありましたらご記入ください</b>			
・個室希望( 無 ・ 有 ) 感染症の多い時期はご希望に添えない状況となります。			
患者情報	住 所： 〒		
	電話番号：		
該当項目に○をお付けください 協会けんぽ・組合・国保・後期高齢・労災・生保・特定疾患・その他( ) / ( 本人 ・ 家族 )			
保険証	保険者 記号・番号		

連絡先 TEL : (0977) 67-1711 / FAX : (0977) 67-1980  
地域連携室 宛