

診療情報提供書(そのⅡ・ADL票)

東京都リハビリテーション病院  
 医事係 病床管理担当  
 TEL: 03-3616-8600(代) / FAX: 03-3616-5712

病院名  
 診療科  
 担当医

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日( 歳)
住所				電話番号			
主病名				発症日	年	月	日
				入院日	年	月	日
職業	病室希望		大部屋・個室・どちらでも可		当院受診歴	有・無	
身長	cm	体重	kg	アレルギー	無・有( )		
感染症	HBs抗原(+ - 未)・HCV抗体(+ - 未)・HIV抗体(+ - 未)・RPR(+ - 未)・TPHA(+ - 未)						
認知・精神	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏						
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 簡単なことは理解可能 <input type="checkbox"/> 単語程度の発語 <input type="checkbox"/> 困難						
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 押せない						
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 離棟・離院 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転						
行動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制						
栄養	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト			水分とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	制限 kcal
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト			経管栄養		
排泄	排尿	尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 失禁: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル					
	排便	便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 失禁: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 人工肛門					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位: 大きさ: 処置:						
医療行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素投与( L) <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> その他						
【日常生活機能評価表】 患者の状態		得点			【身体状態】 MMTまたはBrs		
		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	つかまれば可	できない			
起き上がり		できる	できない				
座位保持		できる	支えがあれば可	できない			
移乗		できる	見守り・一部介助	できない			
移動方法		介助なし	介助有(搬送含む)				
口腔清潔		介助なし	介助有				
食事摂取		介助なし	一部介助	全介助	【リハビリ】		
衣服の着脱		介助なし	一部介助	全介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST		
他者への意思伝達		できる	できる時とできない時あり	できない	主要内容		
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				
合計点数		点					
退院希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他						
家族情報	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者( )有 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他						
キーパーソン	氏名:	続柄:		連絡先:			
保険情報	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> マル障 <input type="checkbox"/> マル子 <input type="checkbox"/> その他						
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 : 要支援( )・要介護( )						
特記事項							
連携担当者	氏名:	職種: 医師・看護師・MSW・その他		連絡先:			

リハビリ病院処理欄

受付日	月	日	入院日	月	日	連絡日	月	日
入院判定	可・否・再	ランク	病棟		主治医		MSW	