

基本情報	(ふりがな) 患者氏名	男・女 歳	生年月日 M / T / S / H 年 月 日	
	主病名		現在入棟している病棟 一般病棟 / 地域包括 / 回復期リハビリテーション病棟 入棟日 年 月 日	
状態				
身体状況	当院紹介・かかりつけ 転院目的:			
	医療処置	無 / 有	(悪性疾患の場合) 告知の 無/有	
	ペースメーカー	無 / 有	ストーマ	無 / 有 装具の種類( )
	排尿管理	無 / 有(膀胱留置カテーテル・導尿/その他)	褥瘡	無 / 有 部位( )
	インスリン	無 / 有( )	酸素	無 / 有 ( )
	気管切開	無 / 有( )	吸引	無 / 有
	認知症	無 / 有(大声・徘徊・不穏・暴言・暴力・その他)	危険防止	ミトン等抑制帯の使用/センサー/その他
	高次脳障害	無 / 有( )	ナースコールが押せる・押せない	
	移動	自立 / 見守り / 口頭指示 / 一部介助 / 全介助	独歩/杖/押し車/歩行器/車椅子/その他	
	食事	経口摂取・経管栄養(胃瘻・P-TEG・その他)	麻痺	無 / 有( )
	嚥下障害	無 / 有 重症度( )	看護必要度点数 A得点( ) B得点( )	
家族状況等	家族構成 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居(誰と、 )			
	キーパーソン 氏名: 続柄( ) 連絡先( )-( )-( )			
	本人・家族の希望や疾患に対する理解			
	特記事項			
発症前	発症前の生活場所( )サービス内容( ) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
発症後	発症前の生活場所( )サービス内容( ) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
その他	介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中		事業所名	
	介護度 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		担当者	
	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 種 級 障害名: )			
	将来的な方向性 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> その他( )			
	その他連絡事項			
	骨折等のリハビリテーションの指示 荷重開始日 年 月 日から 外固定除去の時期 年 月 日から 全荷重可能予定日 年 月 日から 禁忌姿位( )			
	リハビリ実施の有無 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施( )単位/日・もしくは今後実施可能な単位数( )単位/日			
	リハビリ起算日 / ・リハビリ病名 ・算定しているリハビリテーション料			
部屋の希望: 連携パスの有無				

\* 直近の、検査結果及び血液検査、心電図、胸写、処方録の添付をお願いします。

\* 重症度・医療・看護必要度評価表の添付をお願いします。