

回復期リハビリテーション病棟（入院相談申込書）

公立館林厚生病院

〒374-8533 館林市成島町262-1

tel 0276-72-3140

fax 0276-75-8635

ふりがな			性別
患者氏名			男 女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	歳
現住所	〒 TEL		
連絡先	氏名	続柄 ()	キーパーソン
家族構成	TEL 夫婦二人 ・ 単身 ・ その他 ()		

退院後の予定	自宅 ・ 未定 ・ その他 ()
当院退院後の通院先 (かかりつけ医)	

介護認定	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	要支援 (1 ・ 2)	未申請
居宅	事業所	ケアマネ	

日常生活動作等

(重症度・看護必要度に準じた内容)

患者の状況	なし	あり	
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸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	できる	見守り・一部介助が必要	できない
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	できる	できない	
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
他者への意思の伝達	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	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 転落 (ベッド・車椅子) <input type="checkbox"/> 歩行時 <input type="checkbox"/> 自己抜去

褥瘡	なし ・ あり (部位	大きさ	×	cm	Stage)
感染症	MRSA (+ ・ -)	HCV (+ ・ -)		HB	(+ ・ -)	
	疥癬 (+ ・ -)	その他				

病院名
