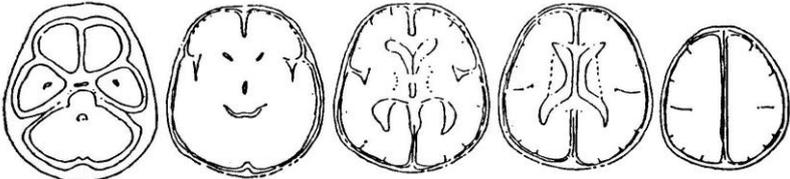


診療情報提供書

No. 1(主治医用)

※この様式を用いない場合は貴院の情報提供書に下記の内容の記入をお願いいたします。

ふりがな	男 女	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	歳
患者氏名						
主病名			発症年月日	年	月	日
手術名			手術年月日	年	月	日
その他の病名、合併症						
廃用症候群の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			発症年月日	年	月	日
① 既往歴						
② 発症前ADL						
③ 発症後の治療経過 (病状経過や最近の検査結果、治療上の注意点、問題点等をお書き下さい)						
(脳の画像所見 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 年 月 日施行)						
						
L or R			L or R			
④ 現在の処方 (注射、点滴、処置等を含む)						
疾患・障害についての説明(特に機能予後について)						
リハビリテーション： <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施中(<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法)						

紹介元医療機関 年 月 日

名称 _____

所在地 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

診療科 _____ 医師名 _____ 印

診療情報提供書

No. 2(コメ[®] 用)

記載者(職種) 看護師 介護福祉士 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
その他 ()

患者氏名 _____ 様

意識障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 半昏迷 <input type="checkbox"/> 昏睡 JCS() or GCS()					
呼吸障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入() <input type="checkbox"/> 気管切開					
		0点	1点	2点			
日常生活機能評価表	床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	精神機能			
	片手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かに掴まればできる	<input type="checkbox"/> できない	高次脳機能		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> HDS-R /30点 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 その他()			
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる			<input type="checkbox"/> できない	
	移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助必要			<input type="checkbox"/> できない	
	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助要する移動			<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失認症 <input type="checkbox"/> 失行症	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない				
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助				<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助				<input type="checkbox"/> 全介助
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある				<input type="checkbox"/> できない
	診療・療法上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				言語機能
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある					
評価日: 年 月 日 合計 点							
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 ※夜間不穏 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			運動機能			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ					
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ					
	その他	<input type="checkbox"/> 膀胱カテ <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門					
	尿・便意	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> その他()			摂食嚥下機能			
転倒・転落	既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	危険性	<input type="checkbox"/> 危険性に対して理解できない <input type="checkbox"/> 移乗不安定 <input type="checkbox"/> 歩行不安定 <input type="checkbox"/> 突進歩行 <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他()					
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 車椅子Y字ベルト <input type="checkbox"/> 四肢の拘束 <input type="checkbox"/> ミトン型手袋 <input type="checkbox"/> つながぎ服 <input type="checkbox"/> その他()						
その他	<input type="checkbox"/> ナースコールが押せる <input type="checkbox"/> ナースコールが押せない						
特記事項(リハビリの状況や術後処置、胃瘻カテーテルの種類、その他必要事項について記載してください。)							

(経管栄養の場合)
 経管栄養名:
 1日 _____ kcal 水分 _____ ml を
 _____ 回に分け _____ cc ずつ注入。