

(公財) 東京都保健医療公社荏原病院リハビリテーション科

入院申込書(診療情報提供書)

この用紙は、記入後封筒に入れて封をして下さい。

令和 年 月 日

科 医師名 印
TEL

[] 中の該当するものを○で囲んでください。

高次脳機能

失語症	[有] [無]	構音障害	[有] [無]	知能低下	[有] [無]
精神障害	[有] [無]	夜間せん妄	[有] [無]	意欲低下	[有] [無]
失認	[有] [無]	失行	[有] [無]	徘徊	[有] [無]

起居・移動・ADL

寝返り	[自立] [介助] [不能]	歩行 [屋内] [屋外]	[自立] [介助] [不能]
起き上がり	[自立] [介助] [不能]	杖	[有] [無]
坐位保持	[自立] [介助] [不能]	装具	[有] [無]
立ち上がり	[自立] [介助] [不能]	車椅子操作	[自立] [介助] [不能]
車椅子への移動	[自立] [介助] [不能]	車椅子操作	[自立] [介助] [不能]

食事	更衣	整容	ナースコールを押す
----	----	----	-----------

[自立] [介助] [不能]	[自立] [介助] [不能]	[自立] [介助] [不能]	[自立] [介助] [不能]
----------------	----------------	----------------	----------------

尿・便意	[有] [無]	話す	[可能] [困難] [不能]
尿失禁	[有] [無]	聞く	[可能] [困難] [不能]
便失禁	[有] [無]	会話	[可能] [困難] [不能]
排泄動作	[自立] [介助] [不能] (カテテル おむつ)]		

リハビリテーション施行歴

P	[有] [無]	回/週	[有] [無]	回/週	[有] [無]
T	[有] [無]	頻度	[有] [無]	分/回	[有] [無]
		期間		期間	

看護上の問題

身長: 体重:
リハビリテーションの現状と目標 担当者名 PT: OT: ST:

生活状況

同居家族	[有] [無]	保険	[社保] [国保] [生保] [労災]
身体障害者手帳	[有] [無] [申請中]	最終的な退院先	[自宅] [その他] ()
介護保険	[有] [無] [申請中]		

東京都大田区東雲谷 4-5-10
公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院
TEL 03(5734)8000

送付先 地域医療連携室 FAX 03(5734)7018

※受付日	年 月 日	※判定	可 保留 否	※入院予定日	年 月 日	※診察医
------	-------	-----	--------	--------	-------	------

※印欄は記入しないで下さい

(公財) 東京都保健医療公社荏原病院リハビリテーション科

入院申込書(診療情報提供書)

この用紙は、記入後封筒に入れて封をして下さい。

令和 年 月 日

科 医師名 印
TEL

患者名	男・女	明・大 昭・平 令	生年 月 日	年 月 日 (満 歳)
住所		職業		
診断名	主障害			
既往歴	合併症	感染: 無・有 (HB HIV 汚氏 MRSA TB 既往)	痙攣: 無・有	
現病歴				
治療経過	シヤント手術: 無・有 (そのバルブ名)			
身体所見				
検査所見	(主な異常値);	CT・MRI (年 月 日)		
投薬内容				
リハビリテーション 申し込み理由				