

紹介先医療機関等	紹介元医療機関 名称:
科	所在地:
殿	電話番号:
紹介目的 リハビリテーション	医師氏名:

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	様	生	
診断名	既往症		
感染症 HCV HB ワ氏 MRSA 緑膿菌	発症日	入院日	手術日
アレルギー	術式		

医師	現病歴:	薬剤師	処方内容:	家族への説明:
----	------	-----	-------	---------

発症前	ステップ ()
-----	----------

最終到達	ステップ ()
------	----------

入院前情報
生活場所: () 人暮らし
キーパーソン:
介護認定:
担当ケアマネージャー:
ADL 食事: _____ 排泄: _____ 更衣: _____ 入浴: _____ 移動: _____
家屋構造 建物: _____ 階段: _____ 手すり: _____ 寝具: _____ トイレ: _____
職業

MSW
介護保険 入院前 入院後
社会資源
その他
本人・家族の希望:
家族構成/キーパーソン
方向性と課題(介護力・住環境・経済状況等)
記載者

転院時状態 () 転院日
<input type="checkbox"/> NIHSS 0 /42 <input type="checkbox"/> Barthel Index 0 /100
<input type="checkbox"/> mRS
<input type="checkbox"/> FIM 0 0 0 0 0 /126
評価日
JCS:
寝たきり度: ランク () 痴呆老人自立度 ランク ()
合併症:
認知 MMSE 0 /30点 長谷川式 0
問題行動:
監視: 抑制:
対処方法:
栄養投与: 白湯量 cc PEG Fr
カロリー kcal 製剤名 種類
気管切開: Fr 喀痰吸引回数
褥瘡: 部位 酸素 L
ADL動作: BI 未全一見自 実介部守立
トランスファー
平地歩行
階段昇降
食事
排尿コントロール
排便コントロール
トイレ動作
整容
入浴
衣服着脱
合計 0
コミュニケーション: ナースコール:
嚥下障害: NST・PEG関連:
高次脳機能:
言語障害:
補助具製作:
リハ期間: ~

 医師記載欄
 看護師記載欄
 セラピスト記載欄
 MSW記載欄
 薬剤師記載欄

到達目標	ステップ1 ADL全介助レベル	ステップ2 ベッド上動作レベル	ステップ3 車いすレベル	ステップ4 歩行可能レベル	ステップ5 応用歩行可能レベル
次ステップへの達成度	<input type="checkbox"/> ベッド上臥位 ポジショニング	<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> 車いす移乗	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行	<input type="checkbox"/> 階段昇降
	開始日	開始日	開始日	開始日	開始日
	介助度	介助度	介助度	介助度	介助度
	<input type="checkbox"/> ギャッジ上臥位	<input type="checkbox"/> 起き上がり	<input type="checkbox"/> 車いす駆動	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 屋外歩行
	開始日	開始日	開始日	開始日	開始日
	介助度	介助度	介助度	介助度	介助度
	<input type="checkbox"/> リクライニング車いす	<input type="checkbox"/> 端坐位	<input type="checkbox"/> 起立～坐位	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 歩行耐容能
	開始日	開始日	開始日	開始日	開始日
	介助度	介助度	介助度	介助度	介助度

病棟生活での注意事項	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

コメント	
医師(転院までに病状変化があれば記載する)	
看護師	
理学療法士	
作業療法士	
言語聴覚士	

日常生活機能評価表		
患者の状況		得点
床上安静の指示		
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		
寝返り		
起き上がり		
座位保持		
移乗		
移動方法		
口腔清潔		
食事摂取		
衣服の着脱		
他者への意思の伝達		
診療・療養上の指示が通じる		
危険行動		
合計得点		0