

回復期リハビリテーション病棟入院申込書

記載日 (年 月 日)

(患者様記入)

現在入院中の医療機関名

病院

フリガナ 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 () 歳 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
〒 ー 現住所 (ご自宅)	電話 ()

※以下の項目はできるだけ**家族**もしくは**本人**で記入してください (記入者:)

連絡先は2名ご記入下さい。

連絡先① *キーパーソン になる方を記入	フリガナ 氏名 ご住所	続柄 ()	自宅 携帯	() ー ー
連絡先②	フリガナ 氏名 ご住所	続柄 ()	自宅 携帯	() ー ー
保険の種別	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 高齢者医療 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他	農協組合員の(有・無) <input type="checkbox"/> 組合員 (農協)		

生活の自立	<input type="checkbox"/> 日常生活に全く問題はなかった <input type="checkbox"/> 不自由さがあった 具体的には・・・		
職業	<input type="checkbox"/> 在職 仕事内容 () <input type="checkbox"/> 無職 過去の職業 ()	復職について	<input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不要

入院について心配なこと、困ることありましたらご記入ください。

(例 経済面、退院後の生活について、など)

介護保険	<input type="checkbox"/> あり (交付 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 要介護度 (自立 ・ 要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 担当居宅支援事業所 () 担当者名 (電話 ()
------	--

ご家庭の状況についてご記入下さい。

独居 夫婦2人 同居者あり ()
施設入所中 (施設名)

退院後の生活場所

自宅 施設 (施設名) その他 () 未定

個室希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 短期間であれば入室可
------	---

※以下の項目は**病院**で**必ず**記入してください

転院予定	月 日 以降転院可
------	-----------

【 大腿骨頸部骨折地域連携パス適応 有 無 】

【 脳卒中地域連携パス適応 有 無 】

現在のADL

記入日 月 日

患者氏名	様 (入院病棟 病棟)
身長・体重	身長： cm 体重： kg
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 <食形態> <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 5分食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <主食> <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 () (とろみの使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 制限食 (k c l) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <摂取量> () 割摂取
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) 身体拘束の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> ウーゴ君 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> その他)
リハビリ状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行 制限の有無(荷重・ベッド上安静 など・・・) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
注射薬の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (使用薬剤名)
退院予定	月 日 以降退院可
回復期退院後の受診先	<input type="checkbox"/> 紹介元病院 (貴院) <input type="checkbox"/> 診療所 () * 連携病院未定の際は、病院名の記入は不要
その他	

身体機能自立度（バーセルインデックス）

該当チェック欄に☑をつけてください

項目	名称	チェック欄	点数	内容
1	食事	<input type="checkbox"/>	10 :	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
		<input type="checkbox"/>	5 :	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）
		<input type="checkbox"/>	0 :	全介助
2	車椅子からベッドへの移動	<input type="checkbox"/>	15 :	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む)
		<input type="checkbox"/>	10 :	軽度の部分介助または監視を要する
		<input type="checkbox"/>	5 :	座ることは可能であるがほぼ全介助
		<input type="checkbox"/>	0 :	全介助または不可能
3	整容	<input type="checkbox"/>	5 :	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）
		<input type="checkbox"/>	0 :	部分介助または不可能
4	トイレ動作	<input type="checkbox"/>	10 :	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む
		<input type="checkbox"/>	5 :	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
		<input type="checkbox"/>	0 :	全介助または不可能
5	入浴	<input type="checkbox"/>	5 :	自立
		<input type="checkbox"/>	0 :	部分介助または不可能
6	歩行	<input type="checkbox"/>	15 :	45M以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器を除く）の使用の有無は問わない
		<input type="checkbox"/>	10 :	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
		<input type="checkbox"/>	5 :	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能
		<input type="checkbox"/>	0 :	上記以外
7	階段昇降	<input type="checkbox"/>	10 :	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
		<input type="checkbox"/>	5 :	介助または監視を要する
		<input type="checkbox"/>	0 :	不能
8	着替え	<input type="checkbox"/>	10 :	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
		<input type="checkbox"/>	5 :	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
		<input type="checkbox"/>	0 :	上記以外
9	排便コントロール	<input type="checkbox"/>	10 :	失禁なし、浣腸、坐薬の取扱いも可能
		<input type="checkbox"/>	5 :	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取扱いに介助を要する者も含む
		<input type="checkbox"/>	0 :	上記以外
10	排尿コントロール	<input type="checkbox"/>	10 :	失禁なし、収尿器の取扱いも可能
		<input type="checkbox"/>	5 :	ときに失禁あり、収尿器の取扱いに介助を要する者も含む
		<input type="checkbox"/>	0 :	上記以外
合計			点	

参考文献 : Mahoney. F. L&Barthel. D. W:Functional evaluation :
The Barthel Index. Maryland.State. Mad. . J. 14 (2) : 61-65, 1965より