

独立行政法人 国立病院機構 村山医療センター 脊髄損傷入院リハ申込み用紙 (FAX)

TEL 042-561-1221 (代) 内線 4 3 5 FAX 042-561-2547 (医療福祉相談室)

今後の受診予定等については、後日電話或いはFAXでご連絡申し上げます。

お申し込み 申し込み日: 年 月 日 記載日: 年 月 日

病院・施設名:	診療科:	主治医:
連絡先: 主治医・相談室・連携室 担当者名 ( ) TEL		FAX

患者さま情報

フリガナ	
患者さま氏名:	性別: 男・女 生年月日: M/T/S/H 年 月 日生 歳
住所:	当院受診歴: 有・無 ( 年 月頃)
キーパーソン:	続柄 ( ) ご本人・ご家族の希望:
リハ終了後の予定退院先: 自宅・病院・老健・特養・その他 (施設申込みの有無) 有・無 (施設名: )	

現在の状態

傷病名:	障害原因:
障害名:	受傷/発症日: 年 月 日
フランケル分類: A B C D E	
脊髄損傷部位: C ( ) T ( ) L ( ) S ( ) その他 ( )	
手術等: 有・無 年 月 日施行 ( )	

ADL等

食 事	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重) 全介助・経鼻経管栄養・胃瘻・IVH
整 容	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助
更 衣	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助
トイレ動作・排泄	(尿意: 無・有) (便意: 無・有) (トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・留置カ・膀胱瘻 )
移 乗	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助
移 動	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助
寝 返 り	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助
起 上 が り	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助
座位保持	自立・見守りや準備・介助でできる (軽・中・重)・全介助

その他の障害状況

意識障害: 無・有 (JCS GCS )			
精神症状: 無・有			
高次脳機能障害: 無・有			
言語障害: 無・有	嚥下障害: 無・有	視覚障害: 無・有	聴覚障害: 無・有

合併症

高血圧: 無・有	糖尿病: 無・有	高脂血症: 無・有
心房細動: 無・有	心不全: 無・有	心筋梗塞: 無・有 狭心症: 無・有
褥 瘡: 無・有 (部位: 大きさ: 深さ: )		
呼吸の問題: 無・有 (気管切開・酸素吸入・喀痰・肺炎・その他 )		
感染症: MRSA (+・-) 【痰 (+・-) 尿 (+・-) 褥瘡部 (+・-) その他 ( )】		
その他:		