

回復期リハビリテーション入院依頼票

平成 年 月 日

フリガナ 利用者氏名		男 女	生年月日	明 大 昭 年 月 日 生 歳
住 所	〒 -		電話番号	
フリガナ キーパーソン		続柄	電話番号 携帯番号	
リハビリ目的				
家族構成		経過 (既往歴)		
病 医 院 名				
主 治 医 名				
(薬)	他科受診 なし あり (次回受診予定 月 日)			
お薬手帳持参します		病医院名(医師名)		
		検査予定等 なし あり ()		
要 介 護 度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
褥 瘡	なし	あり	部位 ()	程度 ()
寝たきり度	J 1 J 2	A 1 A 2	B 1 B 2	C 1 C 2 不明
			痴呆度	なし a b a b M 不明
ADL状況 問題行動	歩行	自立	一部介助 ()	全介助
	排泄	自立	一部介助 ()	全介助
	食事	自立	一部介助 ()	全介助
	入浴	自立	一部介助 ()	全介助
	着脱衣	自立	一部介助 ()	全介助
	問題行動	なし	軽度	中度
感 染 症	なし・結核・梅毒・肝炎(HBs・HCV)・MRSA・疥癬・その他()			
医療的処置	尿管・経管栄養(経鼻・胃ろう)・気管カニューレ() 在宅酸素(L)・吸引(回数 / 日)・その他()			
利用サービス	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 福祉用具 短期入所 その他()

【発信者】 事業所名 : _____
 担当者名 : _____
 Tel : _____ Fax : _____

【送付先】 三九朗病院地域連携室
 Tel: 0565-32-6986
 Fax: 0565-32-7320