

回復期リハビリテーション入院依頼書

年 月 日

フリガナ 利用者氏名		男 女	生年月日	生 歳
住 所	〒		電話番号	
フリガナ 連絡者氏名		続柄	電話番号	
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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (次回受診予定 月 日)			
<input type="checkbox"/> お薬手帳を持参します	病医院名(医師名)			
	検査予約等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5			
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 () 程度 ()			
寝たきり度	(J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明)		認知度	(なし I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明)
ADL状況 問題行動	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 () トロミ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 具体的に()		
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	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護			
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 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