

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

戸田中央リハビリテーション病院宛

病院名

住所

TEL ( )

担当医 科 印

患者氏名	様 (男女)	明・大・昭	年	月	日	歳
傷病名		発症日	年	月	日	
既往歴						
手術歴	無・有	年	月	日	( )	
意識レベルJCS:	口頭命令入力:良好 不確実 不可		見当識障害:無・有			
認知症・高次脳機能障害	無・有	HDS-R	点	( )		
不穏・不眠・危険行為・問題行動	無・有	( )				
意思疎通障害 (失語・構音障害・聴覚障害)	無・有	( )				
視力・視野・眼球運動障害	無・有	( )				
上肢麻痺	右・左・無	軽度・中等度・重度				
下肢麻痺	右・左・無	軽度・中等度・重度				
感覚障害・異常感覚の訴え	無・有	( )				
失調・錐体外路症状	無・有	( )				
症状経過						
血液検査所見	年	月	日			
CRP	GOT	BUN	Na			
WBC	GPT	Cr	K			
RBC	LDH	TP	Cl			
Plt	T-CHO	HbA1c	*糖尿病がある場合のみ			

<b>内服薬</b>	
<b>医療情報</b>	
点滴	無・有
M R S A	無・有 鼻腔・咽頭・尿・血液・その他 ( ) (数値 +)
その他感染症	無・有 ( )
褥瘡	無・有 部位 ( ) 大きさ ( × )
疥癬	無・有
酸素吸引	無・有 (マスク ٪ ・ カニユラ ٪ ) 頻度 ( /日)
<b>基本動作</b>	
車椅子座位耐性	十分・低下・実施せず
車椅子移乗	自立・監視・軽介助・全介助・実施せず
車椅子操作	自立・監視・軽介助・全介助・実施せず
歩行	自立・監視・軽介助・全介助・実施せず
<b>栄養摂取</b>	
方法	経口・NGチューブ・胃ろう
経口摂取の動作	自立・監視・軽介助・全介助・実施せず
嚥下障害	無・有
食事内容	常食・全粥・ ( ) 分粥・流動食・刻み食・ミキサー食 制限食 ( 食 カロリー)
<b>排泄</b>	
尿失禁	無・有
便失禁	無・有
排泄器具・場所	膀胱カテーテル・オムツ・尿器・差込便器・ポータブル・病棟トイレ
排泄動作	自立・監視・軽介助・全介助・実施せず
追記：	
-----	
-----	
-----	

\* M R S A の有無については当院院内感染かどうかの判定のため必ず記入してください

連絡先 戸田中央リハビリテーション病院 医療福祉相談室  
 TEL 048-442-1116 FAX 048-433-6292(相談室直通)  
 メールアドレス todariha-msw@chuobyoin.or.jp

平成18年10月改訂