

# 脊髄損傷患者リハビリテーション紹介用紙

記載日 年 月 日

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院	宛
紹介機関名：	診療科： 医師氏名：

患者氏名：	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日	年齢： 才
性別： 男 女	発症日： 平 年 月 日	

傷病名 : ☐外傷性脊髓損傷 ☐脊髓梗塞 ☐脊髓出血 ☐脊髓炎 ☐腫瘍 その他 : \_\_\_\_\_  
障害高位 : ☐C\_\_\_\_\_ ☐Th\_\_\_\_\_ ☐L\_\_\_\_\_ ☐不明 麻痺の程度 : ☐完全麻痺 ☐不全麻痺

受傷原因： ☐交通事故 ☐スポーツ ☐労災 ☐転落 ☐転倒 ☐重量物落下 ☐医原性 ☐疾病  
☐自傷 ☐その他

手術歴: ☐なし ☐あり; 手術日 年 月 日 手術方法 ☐前方固定 ☐後方固定☐その他

合併損傷： ☐ なし   ☐ あり；部位 \_\_\_\_\_  
合併疾患： ☐ 高血圧   ☐ 消化器疾患   ☐ 糖尿病   ☐ 心疾患   ☐ 精神疾患（ \_\_\_\_\_ ）  
              ☐ その他；

気管切開：□なし □あり  
褥 創：□なし □あり；部位\_\_\_\_\_、大きさ(長径×短径×深さ)：( × × )

感染症 ; MRSA: ☐- ☐+→検査結果添付 、 肝炎 (B・C)、その他 ;

既往歴：
------

經過概略：	
處方：	

## ADL 評価 (準 Barthel Index)

食 事	<input type="checkbox"/> 自 立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
移 乗	<input type="checkbox"/> 自 立 (15)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (10)	<input type="checkbox"/> ほぼ全介助 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
整 容	<input type="checkbox"/> 自 立 (5)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (0)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
トイレ	<input type="checkbox"/> 自 立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 (5)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (0)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
歩行(45m)	<input type="checkbox"/> 自 立 (15)	<input type="checkbox"/> 介助で可能 (10)	<input type="checkbox"/> 車椅子自操可(5)	<input type="checkbox"/> 不 能 (0)
階 段	<input type="checkbox"/> 自 立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 不 能 (0)
更 衣	<input type="checkbox"/> 自 立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)		<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
排 便	<input type="checkbox"/> 自 立・失禁なし (10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
排 尿	<input type="checkbox"/> 自 立・失禁なし (10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)

合計点 ( ) 点

家族の援助： ☐あり； key person \_\_\_\_\_ ☐なし

現段階での予後説明：独歩・伝い歩き・車椅子移動・全介助 その他( )	今後の方向性：在宅・施設・療養型病院 その他( )
---------------------------------------	------------------------------

付記事項：

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院