

運動器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
紹介元機関名：	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：

手術歴：□なし □あり；手術日 年 月 日 手術名： インプラントの固定性：□良好 □やや不良 □不良 その他の手術における留意すべき点：	術後の荷重等のプラン：
--	-------------

合併疾患：□高血圧 □消化器疾患 □糖尿病 □心疾患 □精神疾患（
□認知症 □せん妄 □褥創；部位 _____ □その他；
感染症；MRSA：□－ □＋→検査結果添付、肝炎（B・C）、その他；

既往歴：

経過概略：

処方：

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 ()
---------------------------------------	-------------------------------

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院