

入院依頼患者情報

記載日 年 月 日

氏名	殿(男・女)		紹介 医療機関	科 Dr					
住所	M・T・S 年 月 日 歳		TEL						
病名	発症日 年 月 日								
合併症 既往歴									
経過			家族・社会状況 退院先(自宅・施設)						
心身機能	麻痺	無・有(右・左・上肢・下肢)		感染症	無・有()				
	認知症	無・有		経管栄養	無・有				
	問題行動	無・有()		膀胱留置 カテーテル	無・有				
	言語障害	無・有		排便失禁	無・有				
	拘縮	無・有		排尿失禁	無・有				
	褥瘡	無・有(部位)							
活動			自立	一部介助	全介助	検査成績	WBC	BUN	
			備考				Hb	Cr	
	食事						Pit	Na	
	更衣						TB	K	
	移動	歩行						GOT	Cl
		車椅子						GPT	Tcho
	移乗						LDH	TG	
	入浴						ALP	HDL	
排泄					γ GTP	HbA1c			
現在施行中のリハビリテーション			(PT・OT・ST)						
患者・家族 の希望				介護保険・ 社会保険情報					
その他									

ご担当