

担当者宛【経過報告書兼依頼書】

シームレスID(患者ID)  
0

フリガナ 氏名	様	性	生年月日	年齢
診断名 (部位)	既往症		治療予定	発症日
感染症	手術日		入院日	

現病歴・ 症状:	
転院時受けて いる薬物療法:	
アレルギー:	

達成目標	ステップ 1 (ADL全介助レベル)	ステップ 2 (ベッド上動作レベル)	ステップ 3 (車いすレベル)	ステップ 4 (歩行可能レベル)	ステップ 5 (応用歩行可能レベル)
次ステップへの達成度	<input type="checkbox"/> ベッド上臥床	<input type="checkbox"/> 寝返り 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 車いす移乗 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平行棒歩行 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 階段昇降 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ギャッチ座位 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 起き上がり 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 車いす駆動 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 歩行器歩行 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 屋外歩行 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>
	***	<input type="checkbox"/> 端坐位 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 起立~立位 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 杖歩行 開始日: <input type="text"/> 介助度: <input type="text"/>	***
	発症前	***	***	***	***

入院前情報

生活場所:  (  )  
 人暮らし

キーパーソン:

介護認定: (  )  
 身障手帳: (  )

寝たきり度:  認知症老人自立度:

担当ケアマネジャー:

ADL

食事:   
 排泄:   
 更衣:   
 入浴:   
 移動:

家屋構造

階段:   
 手すり:   
 寝具:   
 トイレ:   
 建物:

職業:

かかりつけ医:

紹介医:

転院時状態 (  ) ...転院日

NIHSS  /42  Barthel Index  /100  
 mRS  \*\*  FIM  /126

\*\*\* \*\*

寝たきり度: ランク(  ) 認知症老人自立度: ランク(  )

\*\*\* \*\*

合併症:

監視・抑制:

問題行動:

認知症:

栄養投与:

\*\*\* \*\*

ADL動作: 介助度  コメント

食事

入浴  最終実施日:

排泄

移動

更衣

整容

日常生活機能:  /19

高次脳機能:

嚥下障害:  嚥下・NST・PEG 記載:

言語障害:

補装具製作:

その他:

コメント

[ 主治医 ] (  )

[ 看護師 ] (  )

[ MSW ] (  )

[  ] (  )

退院時情報

生活場所:

職業復帰:

復帰予定日:

かかりつけ医:

担当ケアマネジャー:

介護認定: (  )  
 身障手帳: (  )

寝たきり度:  認知症老人自立度:

ケアプラン:

訪問看護  回 / 週  
 訪問介護  回 / 週  
 訪問リハ  回 / 週  
 通所介護  回 / 週  
 通所リハ  回 / 週

福祉用具:

住宅改修箇所:

キーパーソン:

担当MSW:

施設名

資格別コメント

理学療法士：（氏名）（ ）

作業療法士：（氏名）（ ）

言語聴覚士：（氏名）（ ）

--	--	--