

担当者 宛【経過報告書兼依頼書】

シームレスID (患者ID)

フリガナ 氏名	様	性別	生年月日	年齢	生
診断名 (部位)	発症日	入院日			
	治療予定	手術日			
	入院時状況	NIHSS /42	JCS	GCS	

FIM	(7:完全自立 6:修正自立 5:監視 4:最小介助 3:中等度介助 2:最大介助 1:全介助)				
初回時	運動 0点	認知 0点	合計 0/126点	退院時	運動 0点 認知 0点 合計 0/126点
セルフケア		移動		社会的認知	
食事	初回	退院	車椅子	初回	退院
整容			歩行		
清拭			階段		
更衣(上半身)			排尿コントロール	初回	退院
更衣(下半身)			排便コントロール		
トイレ動作			特記		
移乗		コミュニケーション		退院時の身体状況	
ベッド、椅子、	初回	退院	理解	初回	退院
トイレ			表出		
浴槽、シャワー			身長		cm
			体重		kg

現病歴	
既往歴	
転院時の薬物療法	
酸素投与	ℓ/分 気切 最終交換日
アレルギー	
感染症	

入院前情報	
生活場所	人暮らし
キーパーソン	
家屋環境	
寝具	
トイレ	
生活場所	
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	
サービス利用	
ADL	
食事	
排泄	
更衣	
入浴	
移動	
病前の状態	
意識障害	
運動障害	
視力障害	
その他	
職業	
かかりつけ医	
紹介医	

退院時状態 ...退院日	
NIHSS /42	mRS
寝たきり度	認知症老人自立度
合併症	
認知症	問題行動
監視・抑制	
難聴の有無	補聴器の使用
入浴	最終実施
排泄	最終排便
日常生活機能	/19
栄養	ルート
	食事の種類
	水分ロミ
	義歯
経管栄養の種類	(製品名)
	半固形化
	投与量
	白湯
	チューブ
	吸引実施
	その他処置等

コメント	
[主治医]	氏名
[看護師]	氏名
[MSW]	氏名

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	
事業所	
担当	
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

退院時情報

基礎情報	リハへの協力		禁忌・配慮事項・訓練中のリスク等 <small>*特記がある場合のみ</small>	
	趣味嗜好や興味など特記 <small>*ある場合のみ</small>		目標値	血圧上限 / 脈拍上限
	その他:リハ中断がある場合はその理由を記載			

***コメント** *ADL上特記すべきことや経過において記す必要がある場合のみ
*添付書類がある場合はありにチェックし書類名を記入
*プログラム内容で特記すべきことがある場合

共通評価項目	1 認知機能低下		(HDS-R /30)	(* MMSE 必要時 /30)	
	2 見当識障害				
	3 日常的なコミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 発話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> yes/no <input type="checkbox"/> 他			
	4 Brunstrom.Stage	急性期退院時	<input type="checkbox"/> 右 上肢 0 手指 0 下肢 0	<input type="checkbox"/> 左 上肢 0 手指 0 下肢 0	
		回復期退院時	<input type="checkbox"/> 右 上肢 手指 下肢	<input type="checkbox"/> 左 上肢 手指 下肢	
	5 筋緊張異常				
	6 協調性障害				
	7 感覚障害				
	8 関節可動域制限				
	9 筋力			握力(kg) 右 左	
10 疼痛					

[理学療法士]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
[作業療法士]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり

個別評価項目	11 高次脳機能障害	症状	1	2	3	4	5	
	12 基本動作能力	寝返り						
		起き上がり						
		坐位保持						
		* 開始日	/					
		立ち上がり						
		立位保持						
		ABMS II 合計点数	0	点	(禁止(非実施):1点、全介助:2点、部分介助:3点、見守り:4点、修正自立:5点、自立:6点)			
	歩行							
	* 開始日	/		手段:	* 10m歩行速度	秒 / 歩	* 測定出来た場合	
13 STEF	右	点	左	点	* 測定出来た場合のみ			
14 嚥下・言語	嚥下障害の有無		嚥下グレード					
			摂食機能療法算定開始					
	失語症の有無		失語症タイプ		重症度			
	構音障害の有無		発話明瞭度					
15 装具使用								

[言語聴覚士]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり