

(紹介先)	(担当医)	作成日	シームレスID (患者ID)
先生		及び担当者宛【経過報告書(診療情報提供書)兼依頼書】	

初回 最終

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	様	生	
住所	〒	電話番号	
診断名(傷病名)	発症日	入院日	
(部位)	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
食事 整容 清拭 更衣(上半身) 更衣(下半身) トイレ動作	車椅子 歩行 階段
移乗	排泄コントロール
ベッド、椅子、 トイレ 浴槽、シャワー	排尿コントロール 排便コントロール
	社会的認知
	社会的交流 問題解決 記憶
	コミュニケーション
	理解 表出
	直近の身体状況
	身長 cm 体重 kg

現病歴		
既往歴		
転院時の薬物療法(現在の処方)		
酸素投与	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	

転院時状態	
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	最終膀胱留置カテーテル 交換日
日常生活機能	Fr 固定水 cc
栄養	ルート
	食事の分類
	水分トロミ
	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
	最終交換日
	経鼻栄養開始日
	PEG等造設日
吸引実施	
その他処置等	

紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果及び家族歴等 コメント欄			
[主治医]	氏名	JCS	BP目標値
			INR目標値
次回受診:	回復期病院退院後	他科受診:	
他科情報			
[看護師]	氏名		
[MSW]	氏名		
紹介元: 〒030-8553 青森市東造道2丁目1番1号 ●施設名 青森県立中央病院 脳神経センター			
医師氏名:			
連絡先 医療連携部 TEL 017-726-8377 FAX 017-726-8162			

●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			

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
		<input type="checkbox"/> 補聴器			
	4 Brunnstrom.Stage	初回	<input type="checkbox"/> 右 上肢	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 下肢
		最終	<input type="checkbox"/> 右 上肢	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 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					

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	点数	* 安定性や条件等記載(実施していない場合は、非実施と記載)				
		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	/					
	階段						
		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		
	特記						
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				
他	15 装具使用						

***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
 * 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

[理学療法士]	氏名	添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> あり
[作業療法士]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
[言語聴覚士]	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
備考	<p>1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。 3. 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。</p>		