

※以下は医師以外の方が記入しても構いません。職種:(○で囲んでください)医師、看護師、その他()

患者氏名	(歳)	退院見込み先	自宅・その他()
保険	健保・国保・労災・自費・その他()	入院方法	歩行・車椅子・ストレッチャー
リハビリテーション暦	理学療法(有・無) 作業療法(有・無) 言語聴覚療法(有・無)		
日常生活状況			
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動への対応	ない	ある	
褥瘡: 無・有	部位・大きさ		
抑制: 無・有	・ミトン・抑制帯(部位)・その他()		
食事内容	・常食 ・おかゆ ・カロリー制限(Kcal) ・塩分制限(g) ・その他		
排泄介助	自立・一部介助・見守り	尿意(有・無) 便意(有・無)	
排泄手段	・日中(パンツ・リハビリパンツ・オムツ)(尿器・ポータブルトイレ・トイレ)		
	・夜間(パンツ・リハビリパンツ・オムツ)(尿器・ポータブルトイレ・トイレ)		
	・膀胱留置カテーテル・ウロストミー・ストマ・その他()		
身長	cm	感染症: 有・無	
体重	kg	梅毒・B型肝炎・C型肝炎・HIV・MRSA	
認知機能の評価		高次脳機能の評価	
現在行ってるリハビリ内容			
病棟での様子(昼夜の様子)			
リハビリ上の問題点			
障害や今後のゴール設定についての説明	本人に対して		
	家族に対して		
職業(学校)について ※職務内容や通勤(通学)方法など			
家族構成(家族の年齢・職業・健康状態など)	住居の状況 持家・賃貸(一戸建て・集合住宅) 居室: 1階・2階・階		
主となる介護者(続柄: 氏名:) キーパーソン(続柄: 氏名:)	家屋調整: 未・済()		
	補装具等 車椅子: 無・有() 装具: 無・有()		
	介護保険: 無・申請中・有()		
社会資源の利用状況	身体障害者手帳: 無・申請中 有()		
要継続処置	酸素・経管栄養・点滴・吸引・その他()		
備考			