

天童市民病院 訪問リハビリテーション 申込書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大昭・平	年 月 日 ( 歳 )	
患者氏名							
患者住所				患者電話番号	-	-	
紹介施設				紹介施設電話番号	-	-	
必要なサービス	訪問診療 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション レスパイト入院						
当院の受診歴	有 ( 診察券番号 ) 無						
現在の病状							
かかりつけ医	医療機関		医師名		主治医なし		
主病名							
既病歴							
内服状況							
食 事	自立 一部介助 全介助 嚥下障害あり 嚥下障害なし 食事の内容 ( )						
排 泄	トイレ ポータブルトイレ おむつ フォーレカテテル その他 ( )						
身体状況	寝たきり状態 ( エアマット使用 あり なし ) 車いす乗車可能 歩行可能 ( 杖 シルバーカー ) その他 ( )						
精神状態など	不穏状態あり 認知症あり 認知症なし コミュニケーション ( 可 不可 )						
感 染 症	なし あり ( )						
家族の状況	家族同居 ( 同居家族 : ) 昼間独居 独居						
必要な医療ケア	褥瘡処置 たん吸引 麻薬の管理 気管切開 在宅酸素 ( / min ) 点滴 経管栄養 ( 胃ろう 腸ろう ) 静脈栄養 疼痛管理 人工肛門 カテテル その他 ( )						
食 事	自立 一部介助 全介助 嚥下障害あり 嚥下障害なし 食事の内容 ( )						
要介護認定 又は障害区分							
ケアプラン作成 事業所名				担当者名			