

診療情報提供書

平成 年 月 日



社団法人 巨樹の会

八千代リハビリテーション病院

リハビリテーション科

施設名称

診療科名

医師氏名

印

(フリガナ)

患者氏名

男・女

明・大・昭・平 年 月 日生 ()歳

住 所

電話番号 () -

【主な診断名】

保険の種類: 国保 社保 その他()

一人暮らし 夫婦二人暮らし 家族と同居

病室希望: 個室 大部屋 どちらでも可

【経 過】

【処 方】

【インフォームドコンセント内容】

【退院時日常生活機能指標】

点

【地域連携パス】

なし

あり

【退院時日常生活自立度】

J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 / I・IIa・IIb・IIIb・IV・V

ADLの評価

【意識レベル】

清明

見当識障害

混迷

昏睡

【認知症】

なし

あり

指示理解(可能・不可能)

【高次脳機能】

失語

なし

運動優位

感覚優位

全

失行

なし

あり

失認

なし

あり

【嚥下障害】

なし

あり(食事可能)

あり(嚥下訓練中)

あり(食事不可能)

【栄 養】

食事

自立

要介助

経管栄養

胃瘻

点滴のみ

【排 泄】

トイレ

ポータブル

オムツ(常時・夜間のみ)

カテーテル留置

【感染症】

HBs抗原(+ ・ - ・ 未実施)

HCV抗体(+ ・ - ・ 未実施)

Wa-R (+ ・ - ・ 未実施)

MRSA (+ ・ - ・ 未実施)

【合併症・

行動問題点】

褥瘡

徘徊

夜間せん妄

抑うつ

暴力行為

妄想

不潔行為

意欲低下

その他()

【その他の症状】

構音障害

視覚障害

失調

その他

※MRI・CT・X-R・検査所見等を御添付下さい。また退院時、内服薬は最大限処方いただきますようよろしくお願い致します。