

目標:リハビリにより生活に必要な機能を獲得する

病院

患者氏名 _____ ID _____

おきなわ津梁ネットワーク登録 あり なし

生年月日 年 月 日 年齢 _____ 性別 男性 女性 **Dr**

エンドポイント

帰来先

死亡

自宅

在宅系施設

介護老人保健施設()

急性期病院()

療養病床()

その他()

Dr

発症日 年 月 日 在院日数 _____ 日

起算日 年 月 日 総治療期間 _____ 日

入院日 年 月 日

退院日 年 月 日

MSW

パスの状態

パス適用外

死亡

急性期病院転院

パス継続(維持期)

パス終了

Dr

入院時選択回復期リハコース

A.軽症リハコース B.中等症リハコース C.重症リハコース

Dr

認知度(日常生活自立度) 正常

I IIa IIb IIIa IIIb IV M

Dr

リスク因子 あり なし

高血圧 脂質異常症 糖尿病 不整脈 CKD(慢性腎病変)

喫煙 肥満 その他()

身体機能 **リハ**

利き手 右 左 不明

麻痺: Brunnstrom Stage あり なし 不明

右上肢() 左上肢()

右手指() 左手指()

右下肢() 左下肢()

小脳失調 あり なし 不明

右 左 体幹

その他運動障害 あり() なし

構音障害 あり なし 不明

(軽 中 重)

嚥下障害 あり なし 不明

(軽 中 重)

感覚障害 あり なし 不明

(軽 中 重)

		FIM					
		リハ		リハ			
		初期評価	最終評価	初期評価	最終評価		
セル フ ケ ア	食事			移乗	トイレ		
	整容				浴槽・シャワー		
	清拭			移動	歩行・W/C		
	更衣(上半身)				階段		
更衣(下半身)			コミュニケーション	理解			
トイレ動作				表出			
排泄コン トロール	排尿管理			社会的 認知	社会的交流		
	排便管理				問題解決		
移乗	ベッド・W/C			記憶			
		合計点					

高次脳機能障害 あり なし

失語症 半側空間無視

記憶力障害 注意力障害

見当識障害 失行 その他()

意識障害 あり なし

認知症 あり なし 不明

食事・栄養

嚥下障害: あり なし 不明

食事ポジション: 車いす ベッド上() 度

常食 制限食(KCal 塩分 g)

水分摂取(とろみ 有 無)

形態制限 主食() 副食()

経管栄養(品名: ml× 回 水 ml× 回)

(夜間水 ml× 回)

Nrs

問題行動 あり なし

幻視・幻聴 興奮 不穏 妄想

暴力 暴言 介護への抵抗 昼夜逆転

不眠 徘徊 危険行為 不潔行動

異食行動 その他()

問題行動の対応方法(自由記載)

Nrs

日常生活機能評価表(ADL): 合計点(0~19点) { } 点

	0点	1点	2点
・床上安静指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
・どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
・起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
・移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助	<input type="checkbox"/> できない
・移乗方法	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 介助を要する(搬送含む)	
・口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
・食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
・他者への意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる/できない時がある	<input type="checkbox"/> できない
・診療療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 通じない	
・危険行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	

退院後サービス

身障手帳 (有 無 申請中)

復職・就労支援 有 無

総合事業 有 無

介護保険 (有 無 申請中)

介護度 要支援 1 2 **MSW**

要介護 1 2 3 4 5

ケアマネージャー 有 無

障害福祉サービス 有 無

リハ継続 通院 通所 訪問 なし

主治医記入 リハビリ記入 看護師記入 **MSW記入**

医師 _____ リハスタッフ _____

PT: _____

看護師 _____ OT: _____

MSW _____ ST: _____