

転入院打診受付表

(No.)

受付：平成 年 月 日

氏名： _____ 様 打診元 (_____ 様)
 ☎ : _____ (_____)
 地域連携パス 有 ・ 無

1	入院の目的	リハビリ目的 ・ その他 (_____)	
2	疾患名と発症日・既往歴 *急性期入院日＝	発症日： _____ 手術日： _____ 抜糸日： _____ 疾患名： _____ 既往歴： _____	
3	住所・年齢・性別	住所： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女 生年月日： _____	
4	現在の状態・ADL *医療行為 [_____]	移動	
		食事	
		排泄	
		その他	
5	認知症と高次脳機能障害の有無	認知症：有 ・ 無 高次脳機能障害：有 ・ 無	
6	リハビリの指示が理解できるか	指示：可能 ・ 不可能 理解力：有 ・ 無	
7	リハビリ適応の有無 (リハビリが行える身体か否か)	適応：有 ・ 無 コミュニケーション：可 ・ 不可	
8	リハビリ後の退院先について	在宅 ・ その他	
9	金銭面での問題の有無 保険種別及び短期保険の有無	問題：有 ・ 無 短期保険：有 ・ 無	介護保険：有・無・申請中 (_____) 介護度： _____ CM：
		Key：	
10	キーパーソンやご家族の状況		
11	その他の特筆すべき事項		

～～これから以下の項目は当院で使用しますので記載しないで下さい～～

検討結果	入院OK	一般病棟入院検討	回リハ病棟直入検討
	入院NG (_____)	入院提示日	決定事項 / (:) 一般・包括・回リハ・特殊

チ	<input type="checkbox"/> 薬価計算	<input type="checkbox"/> 薬の再確認：要 ・ 不要	<input type="checkbox"/> 薬剤師報告：要 ・ 不要
エ	<input type="checkbox"/> MRSA：有 ・ 無 ・ 未	<input type="checkbox"/> 他感染症：有 (_____) ・ 無	<input type="checkbox"/> 日常生活機能評価表
ツ	<input type="checkbox"/> マット：エアー・体圧分散・普通	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 画像請求 ・ 不要	<input type="checkbox"/> 主治医、併診医の選択
ク	<input type="checkbox"/> インテグ面談：要 ・ 電話 ・ 不要	<input type="checkbox"/> リハ開始時のFIM or BI ・ 不要	<input type="checkbox"/> 起算から 1/3 の計算＝ /