

FAX 国立障害者リハビリテーションセンター病院 脊髄損傷入院リハ申し込み用紙

FAX 04-2998-1012 (医療相談室直通) TEL 04-2995-3100

今後の受診予定等については、後日 fax あるいは電話などで御連絡申し上げます。

お申し込み

記載年月日 年 月 日

病院・施設名:	診療科:	主治医:
連絡先: TEL - - / fax - -		

患者情報

ふりがな					
患者氏名:	性別 男・女	生年月日 M・T・S・H	年	月	日生 歳
住所:	(都・道・府・県)	(市・町・村)	当院受診歴: 無・有 (年	月 頃)
キーパーソン:	本人との続柄()	ご本人・ご家族の希望:			
リハ終了後の予定退院先: 自宅・病院・老健施設・特養・その他 (施設申込の有無) 無・有 (施設名)					

現在の状態(SCI)

傷病名:	障害原因:
障害名:	受傷/発症日: 年 月 日
フランケル分類: A B C D E	身長: ()cm 体重: ()Kg
脊髄損傷部位: C()T()L()S()その他()	
手術等: 無・有 年 月 日施行()	

ADL 等

食 事	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・経鼻経管栄養・胃瘻・IVH
整 容	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助
更 衣	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助
トイレ動作・排泄	(尿意:有・無)(便意:有・無)(トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・留置カテ・膀胱瘻)
移 乗	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助
移 動	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助
寝 返 り	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助
起き上がり	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助
座 位 保 持	自立・見守りや準備・介助のできる(軽・中・重)・全介助

その他の障害状況

意識障害: 無・有 (JCS GCS)			
精神症状: 無・有 (
高次脳機能障害: 無・有 (
言語障害: 無・有	嚥下障害: 無・有	視覚障害: 無・有	聴覚障害: 無・有

合併症・リハ阻害因子

高血圧: 無・有	糖尿病: 無・有	高脂血症: 無・有	
心房細動: 無・有	心不全: 無・有	心筋梗塞: 無・有	狭心症: 無・有
褥 瘡: 無・有 (部位:)	大きさ:)	深さ:)	
呼吸の問題: 無・有 (人工呼吸器・酸素吸入・気管切開・喀痰・肺炎・その他)			
感染症: MRSA(+・-) 緑膿菌(+・-) 部位(咽頭・尿・その他)			
骨関節疾患: 無・有			
その他 :			