

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。

記載年月日 年 月 日

患者情報

ふりがな	
患者氏名 :	
性別 男・女 生年月日 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)	
障害者手帳: 無・有 (種 級)・申請中	介護保険: 無・有(要支援 要介護)・申請中

現在の状態(SCI)

傷病名:	障害原因:
障害名:	受傷/発症日: 年 月 日
AISA 機能障害尺度: 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(一部介助・全介助)・経鼻経管栄養・胃瘻 食事形態() アレルギー無・有()
整 容	自立・見守りや準備・介助(一部介助・全介助)
トイレ動作・排泄	(尿意:有・無) (便意:有・無) トイレ・尿器・オムツ・自己導尿、他己導尿・尿道カテ・膀胱瘻(種類 サイズ Fr)
移 乗	自立・見守りや準備・介助(一部介助・全介助) 移乗方法()
移 動	自立・見守りや準備・介助(一部介助・全介助)

その他の障害状況

意識障害: 無・有 (JCS GCS)			
精神疾患: 無・有 () 内服: 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	高脂血症: 無・有	心疾患: 無・有()
糖尿病: 無・有	血糖測定: 無・有(回/日)	内服薬() インスリン()
褥 瘡: 無・有 (部位: 大きさ: 深さ:)	処置内容()	
呼吸の問題: 無・有 (気管カニューレの有無(種類 サイズ 吸引回数 回/日)		
感染症: MRSA(+・-) 緑膿菌(+・-) 部位(咽頭・尿・その他)		
エアーマット: 無・有(種類)		