**ＦＡＸ　国立障害者ﾘﾊﾋﾞ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）　　℡　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**　　：　℡　　　　　　　　-　　　　　　　　　　-　　　　　　　　　　／fax　　　　　　　　-　　　　　　　　　　-　　　　　　　　 |

**患者情報**

|  |
| --- |
| ふりがなＭ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　**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　　　　　　　　） |

**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・介助でできる(　軽・中・重　)・経鼻経管栄養・胃瘻・IVH |
| **整容** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　軽・中・重　)・全介助　 |
| **更衣** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　軽・中・重　)・全介助 |
| **トイレ動作・排泄** | (尿意：有･無)　(便意：有・無)　(ﾄｲﾚ・ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ・尿器・ｵﾑﾂ・留置ｶﾃ・膀胱瘻　　　　　　　　　　　　　　　 　) |
| **移乗** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　軽・中・重　)・全介助　 |
| **移動** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　軽・中・重　)・全介助　 |
| **寝返り** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　軽・中・重　)・全介助 |
| **起き上がり** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　軽・中・重　)・全介助 |
| **座位保持** | 自立・見守りや準備・介助でできる(　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(＋・－)　緑濃菌（+・－）　　部位（咽頭・尿・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |
| **骨関節疾患**：無・有 |
| **その他**　　： |