

東京脳神経センター病院 回復期リハビリテーション病棟入院申込書 (FAX 03-5696-6585)

記載日	年 月 日	連絡担当者:		/連絡先	
病院名		診療科			住所
		主治医			
主病名		発症日	年 月 日		
		手術日			

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者氏名		男・女			
住 所	〒		職業		
保 険	後期(割) 国本 国家 社本 社家 労災 自賠 生活保護 / 障害(級) 都子 親				
キーパーソン	/患者との関係		当院受診歴	【 有 無 】	
家族構成	単身・同居者()・別世帯者()				
希望病床	差額なし, 4人部屋(3240円), 個室(回復期 12690円、一般 21600円)				

※病名、発症名、現病歴、合併症、既往歴、投薬などの詳細は、貴院所定の診療情報提供書に記載してください。

看護上の問題点					
機能障害	右片麻痺・左片麻痺・両片麻痺・対麻痺・四肢麻痺・失調・構音障害・失語・嚥下障害・高次脳機能障害				
※該当するものを○で囲みます。 ★重複回答可★ 【身長 cm、体重 kg】					
精神	【問題なし 昏睡に近い状態 夜間せん妄 うつ傾向 抑制必要 意欲低下】				
認知・記憶	【問題なし 軽度認知低下 記憶障害あり 徘徊の危険性あり】				
コミュニケーション	【話す:可能 やや困難 不可】 【聞く:可能 やや困難 不可】				
ナースコール	【押せる あいまい 押せない】				
呼吸	【問題なし 気切中 時々吸引 酸素使用中(0) 人工呼吸器】※吸引回数				
嚥下	【経口 経鼻 PEG IVH その他:】※食事形態				
排尿	【尿意:有・無】 【失禁:有・無】				
排便	【便意:有・無】 【失禁:有・無】				
排泄動作	【自立 半介助 全介助】 【トイレ ポータブル おむつ 尿器 留置カテーテル】				
褥瘡	【有 無】 有の場合: 部位・大きさ()				

看護必要度B(日常生活機能評価表)

	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	一部介助	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えあれば可	できない
移乗	介助なし	見守り・一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない	介助要する	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	/
衣服の着脱	介助なし	一部介助	/
他者への意志伝達	できる	できる時とできないときあり	できない
診療療養上の指示が通じる	できる	いいえ	/
危険行動	できる	ある	/
評価日	年 月 日	計	点

HDS-R	/30
FIM 運動	点
認知	点
合計	点

点眼薬	有・無 薬品名()
感染情報	未検査 MRSA(-・+/部位) 疥癬(-・+) 結核(-・+) その他()
入院前の状態	歩行自立 歩行見守り 介助歩行 歩行不可(移動は車イス)/ 介護保険有無・介護度() 認知症(なし、軽度、中等度、重度) 精神疾患(うつ、統合失調症、その他)
その他特記事項	

回復期リハビリテーション病院使用欄

受付日	年 月 日	MSW	
入院の可否	可 ・ 否	決定日	年 月 日
Dr.コメント			

【東京脳神経センター病院への入院取り扱いについて】

(1) 対象患者

脳血管疾患、脊損、大腿骨頸部骨折など回復期リハビリテーション病棟入院適応疾患で、原則として発症から2ヶ月以内に入院可能な方（人工骨頭置換術後の方は術後1ヶ月以内）

(2) 入院の流れ

当院様式「入院申込書」に記入し、貴院で使用されている「診療情報提供書」とともにFAXにてご送付ください。医療福祉相談室 直通FAX：03-5696-6585



入院の可否をお電話でご連絡させていただきます。

お送りいただいた資料では十分な情報が得られない時や、入院可否の判断がつかない時は追加の資料や患者様・ご家族様のご来院をお願いすることがあります。



ベッドの調整がつかましたら入院日をご連絡いたします。



入院日決定後、ご家族から電話にてご連絡いただき入院手続きについてお伝えします。

（事前のご家族面談はしていません。）



当日は **10:00** 到着をお願いしています。

持ち物 ①診療情報提供書（原本）

②入院申込書（原本）

③看護サマリー

④リハビリサマリー

⑤薬1週間分

⑥発症時のCT、MRIフィルムのコピーまたは貸し出し

⑦退院証明書

東京脳神経センター病院

〒134-8608 東京都江戸川区西葛西 7-12-7

TEL 03-3675-1211(代)

医療福祉相談室