

急性期病院退院・転院時（平成 年 月 日）

回復期リハビリ病院の機能状態

かかりつけ医： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
既往：	
脳卒中危険因子： <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症	
発症時の所見	
意識レベルJCS	
口頭命令入力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可
見当識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
認知症（痴呆）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
意思疎通の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 失語・ <input type="checkbox"/> 構音障害・ <input type="checkbox"/> 聴覚障害）
視力、視野、眼球運動の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度
下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度
感覚障害、異常感覚等の訴え	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
失調、錐体外路症状、立位バランス障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）

<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 吸引（頻度 /day)	<input type="checkbox"/> 褥創（部位）
<b>ADL</b>		B I /100 あるいは F I M /126
<b>基本動作</b>	車椅子座位耐性 車椅子移乗 歩行	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助
<b>栄養摂取</b>	方法 経口摂取動作 嚥下障害 食事形態 制限食の有無	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
<b>排泄</b>	尿失禁 便失禁 排泄器具等  排泄動作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> パルンカテテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 病棟トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施
<b>不隠・不眠・危険行為・問題行動</b>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
<b>家族に対する機能予後説明</b>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	説明を行った者
<b>家族、介護等の問題</b>		説明が行われた日 年 月 日
		患者サイン

	入院時（平成 年 月 日）	退院時（平成 年 月 日）
<b>ADL</b>	B I /100 あるいは F I M /126	B I /100 あるいは F I M /126
<b>基本動作</b>	車椅子座位耐性 車椅子移乗 歩行	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助
<b>栄養摂取</b>	方法 経口摂取の動作 嚥下障害 食事形態 制限食の有無	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
<b>排泄</b>	尿失禁 便失禁 排泄器具等  排泄動作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> パルンカテテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 病棟トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 非実施
<b>不隠・不眠・危険行為・問題行動</b>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
<b>特記すべき事項</b>	説明を行った者	
	説明が行われた日 年 月 日	
	患者サイン	
	障害高齢者の日常生活自立度：J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者の日常生活自立度：I IIa IIb IIIa IIIb IV M	