

回復期リハビリテーション病棟 判定予診表

フリガナ

氏名 殿

記入日 平成 年 月 日

各項目の該当部位に○印をお願いします。

視 力	1. 問題なし 2. ほぼ見える 3. 近くなら見える 4. 全く見えない ※ 眼鏡 (有・無)
聴 力	1. 問題なし 2. 大きい音ならわかる 3. 耳元でならわかる 4. ほとんど聞こえない ※ 補聴器 (有・無)
言 語	1. 問題なし 2. ややはっきりしない 3. 何とか他人に通じる 4. 話せない
理解力	1. 問題なし 2. 概ねできる 3. 少し理解できる 4. 理解できない
移 動	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 移動手段 1. 独歩 2. 杖 3. 歩行器 4. 車椅子
認知面	1. 問題なし 2. 問題あり HDSR 点
問題行動	1. なし 2. あり 意欲低下(うつ傾向)・独語(昼間・夜間)・徘徊(昼間・夜間) 不潔行為・夜間せん妄・拒否・暴力・大声を出す その他()
入院中の転倒	1. なし 2. あり 1回・2回以上 原因:
現在実施している対応策	1. なし 2. ミトン 3. 車椅子ベルト 4. センサーマット 5. その他
食 事	1. 自己摂取可 2. 促し必要 3. 一部介助 4. 全介助 5. 経鼻 6. PEG 7. その他
誤 嚥	1. なし 2. あり (毎回 ・ 時々)
食事形態	主食: 米飯・軟飯・おにぎり・粥 副食: 普通食・軟菜・刻み・ミキサー・とろみ その他 () その他 ()
排 泄	日中: 介助 不要・要 (バルン ・ おむつ ・ 尿器 ・ ポータブル ・ 身障トイレ ・ 病棟トイレ) 夜間: 介助 不要・要 (バルン ・ おむつ ・ 尿器 ・ ポータブル ・ 身障トイレ ・ 病棟トイレ)
尿便意	1. ある 2. 時々ある 3. ない
看護必要度	(B領域 点)
ナースコール	1. 実用的に押せる 2. 認識できるが押す事ができない 3. 押す事はできるが認識不十分 4. 押せない
眠剤使用	1. なし 2. 時々 3. あり 薬名 :
リハビリ	毎日 できる ・ できない 理由:
	負荷制限: なし ・ あり 内容:
	リハビリ起算日(年 月 日) 起算疾患名:
	意欲: 1. あり 2. なし 自主訓練: している ・ していない
原疾患の予後説明	1. 説明未 2. 説明済み 内容:
入院前のADL	1. 全て自立 2. 一部介助 内容:
家族の協力及び支援体制	
回復期リハビリ後の方向性	1. 在宅 2. 施設 3. 転院
自宅復帰の条件必要なADL等	
家族構成	キーパーソン: (続柄) 面会頻度:
	家屋改修 可能 ・ 不可
	月に1回予定している説明会への御家族様の出席 可能 ・ 不可
	介護保険 なし・申請中(月 日) ・ 有 (要介護度)
	ケアマネージャー :
	サービス利用 なし ・ あり 内容:
障害老人の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
痴呆性老人の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
特記事項	

回復期リハビリテーション病棟 判定予診表

フリガナ **ジュウジョウ ハナコ**

氏名 **十条 花子** 殿

各項目の該当部位に○印をお願いします。

記入日平成 ○○年 ○○月 ○○日

視 力	1. 問題なし 2. ほぼ見える 3. 近くなら見える 4. 全く見えない ※眼鏡 (有・無)
聴 力	1. 問題なし 2. 大きい音ならわかる 3. 耳元でならわかる 4. ほとんど聞こえない ※補聴器 (有・無)
言 語	1. 問題なし 2. ややはっきりしない 3. 何とか他人に通じる 4. 話せない
理解力	1. 問題なし 2. 概ねできる 3. 少し理解できる 4. 理解できない
移 動	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 移動手段 1. 独歩 2. 杖 3. 歩行器 4. 車椅子
認知面	1. 問題なし 2. 問題あり HDSR 点
問題行動	1. なし 2. あり 意欲低下(うつ傾向) ・ 独語(昼間・夜間) ・ 徘徊(昼間・夜間) 不潔行為 ・ 夜間せん妄 ・ 拒否 ・ 暴力 ・ 大声を出す その他()
入院中の転倒	1. なし 2. あり 1回 ・ 2回以上 原因例: トイレに行こうとして転倒
現在実施している対応策	1. なし 2. ミトン 3. 車椅子ベルト 4. センサーマット 5. その他

食 事	1. 自己摂取可 2. 促し必要 3. 一部介助 4. 全介助 5. 経鼻 6. PEG 7. その他
誤 嚥	1. なし 2. あり (毎回 ・ 時々)
食事形態	主食: 米飯 ・ 軟飯 ・ おにぎり ・ 粥 副食: 普通食 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ ミキサー ・ とろみ その他 () その他 (例: 水分はトロミ必要など)

排 泄	日中: 介助 不要 ・ 要 (バルン ・ おむつ ・ 尿器 ・ ポータブル ・ 身障トイレ ・ 病棟トイレ) 夜間: 介助 不要 ・ 要 (バルン ・ おむつ ・ 尿器 ・ ポータブル ・ 身障トイレ ・ 病棟トイレ)
尿便意	1. ある 2. 時々ある 3. ない

看護必要度	(B領域 ○○点)
ナースコール	1. 実用的に押せる 2. 認識できるが押す事ができない 3. 押す事はできるが認識不十分 4. 押せない
眠剤使用	1. なし 2. 時々 3. あり 薬名 : 使用している薬品名と処方内容を記入してください

リハビリ	毎日 できる ・ できない 理由: 毎日リハビリが行えない理由を具体的に記入してください。
	負荷制限: なし ・ あり 内容: 負荷制限があれば記入してください。また荷重計画などあればお願いします。
	リハビリ起算日(○○年 ○○月 ○○日) 起算疾患名: リハビリの起算になる疾患を記入してください。
	意欲: 1. あり 2. なし 自主訓練: している ・ していない

原疾患の予後説明	1. 説明未 2. 説明済み 内容: 本人・家族に対しての説明の内容、説明を受けた際の本人・家族の理解の様子など記入してください。
入院前のADL	1. 全て自立 2. 一部介助 内容: 身体状況の具体的な動作、習慣、その他情報など記入してください。
家族の協力及び支援体制	回復期リハビリ終了後の在宅生活に向けて、ご家族の協力体制、支援体制を記入してください。
回復期リハビリ後の方向性	1. 在宅 2. 施設 3. 転院
自宅復帰の条件必要なADL等	在宅生活を送る上で、必要な動作の具体的な情報を記入してください。

家族構成	キーパーソン: ○○ ○○(続柄 ○○) 面会頻度: ○回/週 など
	家屋改修 可能 ・ 不可
	月に1回予定している説明会への御家族様の出席 可能 ・ 不可
	介護保険 なし ・ 申請中 (○○月 ○○日) ・ 有 (要介護度 要介護○など)
	ケアマネージャー : ○○○○居宅介護支援事業所 ○○CM 連絡先○○○-○○-○○○○
	サービス利用 なし ・ あり 内容: 病状前に利用されていた介護サービスの具体的な情報
	障害老人の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	痴呆性老人の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

特記事項	各項目で記載できなかった内容などの記入にお使いください。
------	------------------------------