

貴病院名		主治医	
診療科		記入者	

氏名 フリガナ	男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所			電話番号

回復期 対象病名	発症日	年 月 日
	手術日	年 月 日
既往歴	発症日	年 月 日
	発症日	年 月 日
	発症日	年 月 日

		現状	病前
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 並食 <input type="checkbox"/> 並菜 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 粥( 分) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 治療食(高血圧食・糖尿病食 その他… )	<input type="checkbox"/> 並食 <input type="checkbox"/> 並菜 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 粥( 分) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 治療食(高血圧食・糖尿病食 その他… )
	水分	<input type="checkbox"/> トロミつき <input type="checkbox"/> トロミなし	<input type="checkbox"/> トロミつき <input type="checkbox"/> トロミなし
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹
	麻痺の程度	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁(有・無) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ・尿取り パット <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁(有・無) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ・尿取り パット <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
認知と 意欲	記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり
	理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり
	意欲	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 問題あり
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(暴言・不穏・徘徊 その他… )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(暴言・不穏・徘徊 その他… )

医療	医療	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置( ) <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 注射
達成可能な目標		<input type="checkbox"/> 歩行の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> トイレ動作の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> 入浴動作の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> 嚥下の改善

家族の希望	本人の希望
<input type="checkbox"/> 歩行の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> トイレ動作の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> 入浴動作の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> 嚥下の改善 <input type="checkbox"/> 環境調整(福祉機器導入・住宅改修)	<input type="checkbox"/> 歩行の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> トイレ動作の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> 入浴動作の獲得(自立レベル・軽介助レベル) <input type="checkbox"/> 嚥下の改善 <input type="checkbox"/> 環境調整(福祉機器導入・住宅改修)

キーパーソン 家族氏名	(続柄 )		
退院する場所	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
家族住所			
家族電話番号		家族携帯番号	

介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり(要支援・要介護 ) 担当ケアマネ(事業所名 )		
------	---	--	--

※診療情報提供書、処方内容、画像、血液検査データの添付をお願いいたします。

問い合わせ先：京都ルネス病院 地域医療連携室 (担当：佐藤、坂根、山本、北野)  
 TEL 0773-22-3550 (代表)  
 FAX 0773-23-3745 (代表)