

東京湾岸リハビリテーション病院宛・看護情報用紙(月 日時点)

氏名 _____ 性別 男 女 年齢 _____ 歳 記入者名 _____

病名						発症日	月	日		
合併症										
身長体重	cm		kg	点滴	あり	なし	抗生剤投与	あり	なし	
麻痺	無	有	右片麻痺	左片麻痺	右不全麻痺	左不全麻痺	対麻痺	四肢麻痺		
嚥下障害	無	有	経管栄養	嚥下障害食	栄養内容					
言語障害	無	有	発語不能	失語症(重度 中等度 軽度)			構音障害	その他		
理解力低下	無	有	コミュニケーション方法		会話	うなずき	ジェスチャー	表情	筆談	道具使用
視力障害	無	有	重度	中等度	軽度	聴力障害	無	有	補聴器使用(無 有)	
尿意	無	時々分かる		有	便意	無	時々分かる		有	
問題行動	無	有	大声 不隠 せん妄 暴力行為 不潔行為 抑うつ その他:							
抑制	無	有	ミトン	四肢	胴体					
睡眠	眠剤使用(無 有)		夜間	良眠 不隠(重 中 軽)			日中	覚醒	傾眠傾向	
褥瘡	無	有	部位		大きさ					
MRSA	無	有	痰	咽頭	尿	褥瘡	その他:			
気道管理	気管切開		有	無	閉鎖予定	有	無	酸素(L/分)	吸引(回/日)	
最高発熱	°C		可能性のある原因		肺炎など呼吸器感染 尿路感染 その他:					
リハビリ実施状況	未実施	実施 (PT OT ST)			場所	ベッドサイド	リハ室			
リハビリ意欲	無	あまりなし	有	ゴール見込						

寝返り	自立	一部介助	全介助						
起き上がり	可	一部介助	全介助						
坐位保持	肘掛・背もたれなしで可(分位)			背もたれがあれば可	不可				
車椅子	移乗(自立 一部介助 全介助)			乗車時間	分/日	未実施			
立ち上がり	自立	つかまれば可	一部介助	全介助					
立位保持	自立	つかまれば可	一部介助	不可					
歩行	自立	監視	介助	平行棒内のみ	未実施	使用機器	歩行器	杖	装具
食事	自立	セッティング介助	一部介助(割)		全介助	経管栄養(鼻腔 胃瘻)			
排泄	トイレ・ポータブル(介助 自立)		尿器	おむつ(全日 夜間)			バルーン留置		
入浴	一般浴(介助 自立)		シャワー浴(介助 自立)		機械浴		清拭のみ		
ナースコール	押せる	押せない	時々押せる						
患者・家族への説明の内容					キーパーソン				
原疾患に関して									
障害や今後の生活能力に関して									
今後の方向性・問題点など									

※ 検査データ(血算・生化・尿、CRP・Na・K・CRE・BUN など)、各種培養結果のコピー添付をお願いします。