|  |
| --- |
| **滋賀県リハビリテーションネットワーク**・依頼・報告等多目的に使用　・多職種で各担当事項を記入・紙面不足の場合別紙添付**・太枠内・太字欄記入必須**令和　　年　　月　　日作成**診療情報提供書** |

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼先**：〒５２４－８５２４　守山市守山五丁目4-30　県立総合病院内**所属：**リハビリテーションセンター医療部**担当医：　　　　　　　　　　　　　　　　　様** | **依頼元（機関名、所在、TEL・FAX・e-mail等）****所属：　　　　　　　　　　　　　　　責任者：　　　　　　　　　　　　　　より** |
| 疾　患　に　関　す　る　情　報 |
| **患者氏名** |  | **男・女** | **紹介目的** |  |
| **生年月日** | **明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日** | **歳** |
| **住　　所** |  |
|
| **連絡方法** | **電話** |  | FAX |  |
| **リハビリテーション対象主疾患** | **疾患名** |  |
| **発症日** | **平・令　 年 月　 日** | **最近手術（術名：　　　　　　　　　　　　　　）平・令　　年　　月　　日** |
| **発症後の****診療期間** | **自院：　　　　　　　年　　　　月　　　　日****～　　　　　年　　　　月　　　　日** | **他院：　　　　　　年　　　月　　　日****～　　　　年　　　月　　　日** |
| **・症状****・治療****・経過** |  |
| **他の状況を含む疾患情報** | **検査所見** |  |
| **現在の****処方** |  |
| **合併症****併存症** |  |
| **既往歴** |  |
| **予後** |  |
| **対話事項** | **期　待** | **本人** |  |
| **家族** | 　 |
| **目****標** | **身体機能** |  |
| **生活活動** |  |
| **社会活動** |  |

|  |
| --- |
| **氏名：**　　　　　　　　　　　　　　　　　**診療情報提供書**　　「障害に関する情報」　　　　　　　　　　　 |
| **障害名** |  |
| **日常生活活動** | **訓練時能力：「出来る活動」** | 日常生活実行状況：「している活動」 |
| **自立** | **監視** | **一部****介助** | **全****介助** | **非****実施** | **用具：杖・装具****姿勢・実施場所****介助内容等** | 自立 | 監視 | 一部　　介助 | 全介助 | 非実施 | 用具：杖・装具姿勢・実施場所介助内容等 |
| **屋外歩行** |  |  |  |  |  | **杖・装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 杖・装具： |
| **階段昇降** |  |  |  |  |  | **杖・装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 杖・装具： |
| **廊下歩行** |  |  |  |  |  | **杖・装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 杖・装具： |
| **病棟トイレ間歩行** |  |  |  |  |  | **杖・装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 杖・装具： |
| **病棟トイレ車椅子駆動** |  |  |  |  |  | **装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 装具： |
| **車椅子ベッド間移乗** |  |  |  |  |  | **装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 装具： |
| **椅子座位保持** |  |  |  |  |  | **装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 装具： |
| **ベッド上起き上がり** |  |  |  |  |  | **装具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 装具： |
| **食事動作** |  |  |  |  |  | **用具：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 用具： |
| **排尿（昼間）** |  |  |  |  |  | **便器：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 便器： |
| **排尿（夜間）** |  |  |  |  |  | **便器：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 便器： |
| **整容** |  |  |  |  |  | **移動方法：****姿勢：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 移動方法：姿勢： |
| **更衣** |  |  |  |  |  | **姿勢：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 姿勢： |
| **装具・靴着脱** |  |  |  |  |  | **姿勢：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 姿勢： |
| **入浴** |  |  |  |  |  | **浴槽：** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 浴槽： |
| **コミュニケーション** |  |
| **活動****度** | **日中臥床：□無・□有　；時間帯：　　　　　　　　　　　　　　　　理由：** |
| **日中座位：□椅子（背もたれなし）　□椅子（背もたれあり）　□車椅子　□ベッド上　　□ギャッジアップ** |
| **運動機能・活動・心理・社会面の所見と経過ならびにコメント** |
| **運動機能** |  |
| **言語・摂食嚥下** |  |
| **認知・活動・動作** |  |
| **心理・社会適応** | **心理的背景** |  |
| **障害受容** |
| **家族構成****家族関係****キーパーソン** |
| **職業** |
| **その他** |
| **責任者以外の****記入者名・職名** |  |