

## 宇多野病院・回復期リハビリテーション病棟対象患者申込書

病院名			主治医		
氏名			患者番号		
生年月日		年齢		性別	
原因疾患			発症日		
手術日			術式名		

〈対象する箇所にチェックをお願いいたします〉

チェック	原因疾患名	日常生活機能評価
	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷、 <input type="checkbox"/> 頭部外傷、 <input type="checkbox"/> くも膜下出血のシャント術 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍、 <input type="checkbox"/> 脳炎、 <input type="checkbox"/> 急性脳症、 <input type="checkbox"/> 脊髄炎、 <input type="checkbox"/> 多発性神経炎、 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症、 <input type="checkbox"/> 腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態 <input type="checkbox"/> 発症後2ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 手術後2ヵ月以内	点
→算定開始日から起算して150日以内の入院		
	<input type="checkbox"/> 高次機能障害を伴った重症脳血管障害、 <input type="checkbox"/> 重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷 <input type="checkbox"/> 発症後2ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 手術後2ヵ月以内	点
→算定開始日から起算して180日以内の入院		
	<input type="checkbox"/> 大腿骨、 <input type="checkbox"/> 骨盤、 <input type="checkbox"/> 脊椎、 <input type="checkbox"/> 股関節、膝関節の骨折、 <input type="checkbox"/> 二肢以上の多発骨折の発症後または手術の状態 <input type="checkbox"/> 発症後2ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 手術後2ヵ月以内	点
→算定開始日から起算して90日以内の入院		
	外科手術または肺炎等の安静により廃用症候群を有しており手術後または発症後の状態 <input type="checkbox"/> 発症後2ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 手術後2ヵ月以内	点
→算定開始日から起算して90日以内の入院		
	大腿骨、骨盤、股関節または膝関節の神経、筋または靭帯損傷後の状態 <input type="checkbox"/> 発症後1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 手術後1ヵ月以内	点
→算定開始日から起算して60日以内の入院		
	股関節または膝関節の置換術後の状態 <input type="checkbox"/> 発症後1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 手術後1ヵ月以内	点
→算定開始日から起算して90日以内の入院		

FAX:075-461-5152(地域医療連携室専用)  
宇多野病院・回復期リハビリテーション病棟対象患者予診票

紹介元病院名		電話	
担当者名	部署・病棟	ファックス	

氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)
性別	男・女	住所	
原因疾患		発症日	
手術日		術式名	
既往症			
キーパーソン		続柄	同居・別居

処方内容	<input checked="" type="checkbox"/> コピーを添付 副作用 アレルギー	
食事形態	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 塩分制限食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> その他( )
	形態及び制限	
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 常時臥床
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルン
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
身体状況等	意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 JCS( ) <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HDS-R( /30) MMSE( /30)
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 前頭葉障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 情動障害 <input type="checkbox"/> その他( )
	行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 離床(センサー使用) <input type="checkbox"/> 離棟 <input type="checkbox"/> 叫声 <input type="checkbox"/> 転倒転落
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> MRSA(キャリア) <input type="checkbox"/> 肝炎(B C) <input type="checkbox"/> MBL <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> その他( )
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 潰瘍形成 <input type="checkbox"/> 感染症有( ) マットの種類( )
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 離脱( 年 月 日)
	酸素飽和度	SPO2 % ( ルームエアー ・ 酸素 )
	胸部画像所見異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 胸部レントゲン ・ CT )

身体状況等	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 上肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 体幹
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 軽症
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 失声
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 失明
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 失聴
社会資源	介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護 度・要支援 度・担当CM( ) 事業所名( )
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	等級 級 部位( )
その他	現疾患発症前のADL	<input type="checkbox"/> すべて自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 内容:	
	リハビリ後の転帰	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 転院	
	家族の支援	<input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 非協力的	

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない
移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動	<input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔内清潔	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
危険行動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
合計点数	点		

二次性骨折予防継続管理料1(B001-34)の算定の有無	<input type="checkbox"/> あり(算定年月日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> なし
------------------------------	---	-----------------------------

病室の希望	<input type="checkbox"/> 総室 <input type="checkbox"/> A個室(15,400円) <input type="checkbox"/> B個室(3,300円) <input type="checkbox"/> I個室(2,200円)
-------	---

〒616-8255 京都市右京区鳴滝音戸山町8 国立病院機構 宇多野病院  
 TEL(代表)075-461-5121 TEL・FAX(地域医療連携室直通)075-461-5152

## 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

患者氏名 \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_ 度

担当医名 \_\_\_\_\_

1. 症状について質問します。また、その症状はいつからありますか？  
他に症状がある場合は、その他に記載して下さい。

症状		その症状はいつから？
37.5 度以上の熱がある	はい いいえ	
せきができる	はい いいえ	
息苦しさがある	はい いいえ	
臭いがわからない	はい いいえ	
味がわからない	はい いいえ	
頭が痛い	はい いいえ	
体がだるい	はい いいえ	
体の節々が痛い	はい いいえ	
くしゃみや鼻水ができる	はい いいえ	
むかつきがある	はい いいえ	
下痢をしている	はい いいえ	

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. ご家族で同じような症状がある方はいますか？  
① はい ( \_\_\_\_\_ ) それは、誰ですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
② いいえ ( \_\_\_\_\_ )
3. 症状ができる 14 日以内に海外へ渡航した、または家族が帰国しましたか？  
① はい ( \_\_\_\_\_ ) どの国ですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
② いいえ ( \_\_\_\_\_ )
4. あなたやご家族で、集団感染が発生している場所や人と接しましたか？  
① はい ( \_\_\_\_\_ ) それはどこですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
② いいえ ( \_\_\_\_\_ )
5. 新型コロナウイルスワクチンは受けられましたか？  
受けた方は接種日を教えてください。

受けていない	受けた	1 回目	2 回目	3 回目
--------	-----	------	------	------