

フリガナ				男・女			
氏名	様						
現病歴				歳	診断名:		
					治療法:		
既往歴				アレルギー:			
				感染症:	HCV HBV HIV 7氏 MRSA(部位)		
				入院日:			
				発症日:			
				手術日:			
服薬内容				NIHSS	/42	mRS	
				MMT			
				JCS: I-1, 2, 3 II-10, 20, 30 III-100, 200, 300			
				寝たきり度: ランク(正 J1 J2A1 A2 B1 B2 C1 C2)			
身長	cm	体重	kg	高次脳機能	注意障害・見当識障害・失行・失認・そのほか		
見られる行動	夜間せん妄・昼夜逆転・不安・徘徊・不潔行為・暴力・不安・易怒性 その他			言語障害	なし・あり( )		
				転倒歴	あり・なし		
				認知症	あり・なし		
栄養摂取状況	経口・経管栄養(経鼻・胃ろう) 経管栄養投与内容( )			リハビリ意欲	あり・なし		
ADL状況	介助度					家族構成	家族・本人へ説明内容
	食事	自立	一部介助	半介助	全介助		
	排泄	自立	一部介助	半介助	全介助		
	入浴	自立	一部介助	半介助	全介助		
	移動	自立	一部介助	半介助	全介助		
	更衣	自立	一部介助	半介助	全介助		
整容	自立	一部介助	半介助	全介助			
リハビリテーション状況	PT・OT・ST(開始日 )						
社会的情報	介護保険 申請 (未・済) 申請日						
	認定(未・済) 介護度						
	身体障害者手帳 なし・あり( 級) 障害区分						
	窓口となる家族 なし・あり(続柄)						
	窓口となる家族の連絡先						
	退院後の方針 未定・在宅(自宅・親族)						
	保険証の種類 ( )						
病院名							
電話番号						科	
FAX番号						主治医	

※入院中の血液データ、リハビリサマリー、を添付してください。書式は問いません。