

## 障害者病棟入棟申請書

患者ID		患者氏名		生年月日	大・昭・平	年 月 日	年齢	歳
性別	男・女	発症日	年 月 日	身長	cm	体重	kg	
紹介医療機関名		紹介元診療科		紹介元医師氏名			記入者	
家族の援助	<input type="checkbox"/> あり；キーパーソン( ) <input type="checkbox"/> なし			今後の方向性	在宅・施設・療養型病院・その他( ) ※当院での入院は <b>最長2ヶ月</b> になります。			
現段階での予後説明	独歩・伝え歩き・車椅子移動・全介助・その他( )							

<input type="checkbox"/> 重度の肢体不自由者 (脳卒中後遺症、認知症を除く)	【手帳の交付】 <input type="checkbox"/> 手帳交付のある人 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> ( ) 級 <input type="checkbox"/> 手帳交付のない人 <input type="checkbox"/> 1級に準ずる <input type="checkbox"/> 2級に準ずる 【原因疾患名】脳卒中後遺症、認知症を除く [ ] 【ADL評価(BI)】																																																						
	<table border="1"> <tr> <td>食事</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(10)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助(5)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(15)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助(10)</td> <td><input type="checkbox"/>ほぼ全介助(5)</td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(5)</td> <td>(<input type="checkbox"/>部分介助)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(10)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助(5)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(5)</td> <td>(<input type="checkbox"/>部分介助)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>歩行(45m)</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(15)</td> <td><input type="checkbox"/>介助で可能(10)</td> <td><input type="checkbox"/>車椅子自操可(5)</td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>階段</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(10)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助(5)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td><input type="checkbox"/> 自立(10)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助(5)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 自立・失禁なし(10)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助・時に失禁(5)</td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td>排尿</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 自立・失禁なし(10)</td> <td><input type="checkbox"/>部分介助・時に失禁(5)</td> <td><input type="checkbox"/>全介助(0)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">合計点</td> <td>点</td> </tr> </table>	食事	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)	移乗	<input type="checkbox"/> 自立(15)	<input type="checkbox"/> 部分介助(10)	<input type="checkbox"/> ほぼ全介助(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)	整容	<input type="checkbox"/> 自立(5)	( <input type="checkbox"/> 部分介助)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)	トイレ	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立(5)	( <input type="checkbox"/> 部分介助)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)	歩行(45m)	<input type="checkbox"/> 自立(15)	<input type="checkbox"/> 介助で可能(10)	<input type="checkbox"/> 車椅子自操可(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)	階段	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)	更衣	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)	排便	<input type="checkbox"/> 自立・失禁なし(10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)	排尿	<input type="checkbox"/> 自立・失禁なし(10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)	合計点			
食事	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(15)	<input type="checkbox"/> 部分介助(10)	<input type="checkbox"/> ほぼ全介助(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
整容	<input type="checkbox"/> 自立(5)	( <input type="checkbox"/> 部分介助)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(5)	( <input type="checkbox"/> 部分介助)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
歩行(45m)	<input type="checkbox"/> 自立(15)	<input type="checkbox"/> 介助で可能(10)	<input type="checkbox"/> 車椅子自操可(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
階段	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立(10)	<input type="checkbox"/> 部分介助(5)		<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
排便	<input type="checkbox"/> 自立・失禁なし(10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
排尿	<input type="checkbox"/> 自立・失禁なし(10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)	<input type="checkbox"/> 全介助(0)																																																			
合計点				点																																																			
<input type="checkbox"/> 脊髄障害等の重度障害者	【脊髄障害等の状況】 <table border="1"> <tr> <td>傷病名</td> <td><input type="checkbox"/>脊髄梗塞 <input type="checkbox"/>脊髄出血 <input type="checkbox"/>脊髄炎 <input type="checkbox"/>腫瘍 <input type="checkbox"/>その他( )</td> </tr> <tr> <td>障害高位</td> <td><input type="checkbox"/>C_____ <input type="checkbox"/>Th_____ <input type="checkbox"/>L_____ <input type="checkbox"/>不明</td> </tr> <tr> <td>麻痺の程度</td> <td><input type="checkbox"/>完全麻痺 <input type="checkbox"/>不全麻痺</td> </tr> <tr> <td>合併疾患</td> <td><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>消化器疾患 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>精神疾患( ) <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>褥瘡</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり；部位_____ 大きさ(長径×短径×深さ)：( × × )</td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td>MRSA；<input type="checkbox"/>- <input type="checkbox"/>+→検査結果添付 肝炎(B・C)、その他；</td> </tr> </table>	傷病名	<input type="checkbox"/> 脊髄梗塞 <input type="checkbox"/> 脊髄出血 <input type="checkbox"/> 脊髄炎 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他( )	障害高位	<input type="checkbox"/> C_____ <input type="checkbox"/> Th_____ <input type="checkbox"/> L_____ <input type="checkbox"/> 不明	麻痺の程度	<input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺	合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患( ) <input type="checkbox"/> その他	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり；部位_____ 大きさ(長径×短径×深さ)：( × × )	感染症	MRSA； <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +→検査結果添付 肝炎(B・C)、その他；																																										
傷病名	<input type="checkbox"/> 脊髄梗塞 <input type="checkbox"/> 脊髄出血 <input type="checkbox"/> 脊髄炎 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他( )																																																						
障害高位	<input type="checkbox"/> C_____ <input type="checkbox"/> Th_____ <input type="checkbox"/> L_____ <input type="checkbox"/> 不明																																																						
麻痺の程度	<input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺																																																						
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患( ) <input type="checkbox"/> その他																																																						
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり；部位_____ 大きさ(長径×短径×深さ)：( × × )																																																						
感染症	MRSA； <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +→検査結果添付 肝炎(B・C)、その他；																																																						
<input type="checkbox"/> 重度の意識障害者 いずれか1項目を満たす	【意識障害レベル】 <input type="checkbox"/> JCSでⅡ-30以上 または GCSで8点以下の状態が2週間以上持続している 【無動症の患者】 <input type="checkbox"/> 閉じ込め症候群 <input type="checkbox"/> 無動性無言 <input type="checkbox"/> 失外套症候群																																																						
<input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー	<input type="checkbox"/> [ ] 筋ジストロフィー																																																						
<b>右記に該当する方は非該当になります。</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中後遺症</li> <li>・認知症</li> <li>・寝たきり度がJまたはA</li> <li>・体重が100kgを超える</li> <li>・外傷性脊髄損傷</li> <li>・せん妄や徘徊</li> <li>・暴言・暴力・迷惑行為</li> <li>・リハビリ拒否</li> </ul>																																																						
備 考																																																							

※ 紹介元の先生方は、お手数ですが、**太枠の中**を記載していただきますようお願いします。