

2025年3月吉日

関係各位

兵庫県立加古川医療センター
院長 田中 宏和
脳神経内科部長 奥田 志保

新たな病床開設についてのご案内

謹啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より当院の診療、運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、当院が担う政策医療である神経難病医療の提供を充実させる目的で、2025年4月より障害者病床の運用を開始することとなりました。対象となる患者の疾患は下記の通りで、入院期間は1～2ヶ月で在宅療養に移行することを基本としております。つきましては、該当する患者さんのご紹介をお願いしたく、ご案内申し上げます。

ご紹介いただく際には、当院HP上「紹介患者予約についてのお願い」ページに掲載しております「初診（診察）予約申込書兼診療情報提供書（紹介状）」と「障害者病棟入棟申請書」の2枚にご記載いただき、FAXにてご送信をお願いいたします。

（リハビリ対象疾患）

パーキンソン病、脊髄小脳変性症、進行型核上性麻痺、多系統萎縮症、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、脊髄炎・脊髄梗塞・身体障害者手帳2級相当以上の疾患等

（対象外となる疾患等）

脳卒中後遺症、認知症、外傷性脊髄損傷、寝たきり度がJまたはA、体重100Kg超え等

ご紹介時の診断に迷われる症例に関しましても、ご紹介いただきますようお願い申し上げます。

謹白

（問い合わせ先）

兵庫県立加古川医療センター
地域医医療連携室
TEL：079-497-7011
FAX：079-438-3756

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() ※当院での入院は最長2ヶ月になります。					
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()									

□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)】				
	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
□脊髄障害等の重度 障害者	【脊髄障害等の状況】				
	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；			
□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-3 (または30) 以上			
		<input type="checkbox"/> 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			
□筋ジストロフィー		<input type="checkbox"/> 〔 〕筋ジストロフィー			
□非該当	<input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり度がJまたはA <input type="checkbox"/> 体重が100kgを超える <input type="checkbox"/> 外傷性脊髄損傷 <input type="checkbox"/> せん妄・徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力・迷惑行為 <input type="checkbox"/> リハビリ拒否				
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いたします。