

急性期病院		施設		維持期(病院・施設・自宅等)	
治療内容	現在の障害	急性期病院	施設	2ヶ月	3ヶ月
入院時の治療内容について以下に記載しています。	現在生じている障害について記載しています。	リハビリ入院	作成した日を記入する。入院中の症状悪化などにより再評価が必要な場合は新しくシートを作成する。		
<input type="checkbox"/> 手術 手術名 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 意識の障害 刺激で覚醒する 右 上下肢	<input type="checkbox"/> 障害等がない状態で投薬等の管理をかかりつけ医にてお願いします。 かかりつけ医通院			
<input checked="" type="checkbox"/> 保存的治療 (点滴・注射・内服など)	<input type="checkbox"/> 言葉の障害 不明	<input type="checkbox"/> 軽度リハコース (1ヶ月) BI 85-100 FIM 110-126	入院時に予想されるリハビリ期間についてチェックする。		
急性期 (長崎県島原病院)	<input type="checkbox"/> 食べることの障害 不明	<input type="checkbox"/> 標準リハコース (2ヶ月) BI 55-80 FIM 80-100	退院 かかりつけ医通院		
	<input type="checkbox"/> 排尿の障害 不明	<input checked="" type="checkbox"/> 重症リハコース (3ヶ月) BI 0-50 FIM 18-79	退院		
	<input type="checkbox"/> 認知の障害 不明	<input type="checkbox"/> リハ適用外コース 重度の合併症 生命の危機の状態	重度の合併症や生命の危機等の為積極的なリハが実施困難な状態です。医療の継続や在宅ケア・施設ケアの継続が必要です。		
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 療養コース (もともと介護サービス等利用していた場合)	もともと在宅ケアや施設ケアを受けていた場合等は急性期治療後問題なければ、以前の生活に戻り療養となります。		
				回復期病院	標準ケアコース(BI 25以上)
				退院	重症ケアコース(BI 0-20)
					病院・施設サービス <input type="checkbox"/> 医療介護療養 <input type="checkbox"/> 介護老人保健 <input type="checkbox"/> 介護福祉
					在宅サービス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護
					サービス不要 <input checked="" type="checkbox"/> 通院あり <input checked="" type="checkbox"/> 通院なし

入院時に予想される施設・自宅での介護量や必要なサービスについて

退院後も必要となることが予想される治療	
<input checked="" type="checkbox"/> 抗血栓薬	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧
<input type="checkbox"/> シャント (<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> LP)	<input checked="" type="checkbox"/> 血糖
退院時に継続が必要な治療や生活習慣の管理の項目にチェックする。	
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 排尿障害
<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 気管切開	

再発予防のため	
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 喫煙
<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> 飲酒
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体重
	<input type="checkbox"/> 運動

発症前の状況	<input type="checkbox"/> 介護保険の説明	<input checked="" type="checkbox"/> 担当介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳申請	<input type="checkbox"/> 家屋調査・改修	<input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 ()
	<input type="checkbox"/> 介護保険の申請	()	(種 級)	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 転院入所調整
	<input type="checkbox"/> 要介護認定		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> その他
	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5					

シート は転院先病院でも新たに作成する。

上記内容の説明を受け同意しました。

同意者サイン 島原 キク

現在の評価に基づき、今後の経過を予測したものです。確約されたものではありませんのでご了承ください。また、病状等により

