

筑波記念病院 外来リハ申込書 (診療情報提供書) <小児用>

* 1ページ目は必ず医師が記載して下さい。(ご不明の点はリハビリテーション部(029-864-1212)にお願いします。)

紹介先医療機関 筑波記念病院
 担当医 科 殿 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在及び名称
 電話番号 担当診療科
 FAX 医師氏名 印

患者氏名	性別	男・女	保険
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)			公共 健保 国保 自費 他
患者住所			
電話番号 自宅: 携帯(父親・母親):			
診断名(欄不足時は病歴欄に記載)	発症年月日	転帰	
	年 月 日	日(治癒・軽快・不変・悪化)	
	年 月 日	日(治癒・軽快・不変・悪化)	
	年 月 日	日(治癒・軽快・不変・悪化)	
	年 月 日	日(治癒・軽快・不変・悪化)	
症状経過・検査結果及び治療経過			
出生体重 g(w) 黄疸(+ -) 仮死(+ -) 発達; 首すわり(M) お座り(M) ひとり歩き(M) 言語(M) 予防接種と疾病; BCG() ポリオ() 麻疹() DPT() mumps() 水痘() 風疹() 栄養; 母乳栄養 ミルク 固形食 リハビリテーション歴; PT:() OT:() ST:() (該当するものを で囲みカッコ内に期間・頻度などを書いてください)			
現在の処方			
障害などの状況	大島分類	()	
運動障害、感覚障害、変形・拘縮・欠損など	痙攣	無 軽・中・重(時間帯; 頻度; コントロール良・不良)	
	呼吸障害	無・軽・中・重()	
	消化器症状	無・軽・中・重()	
	アレルギー	無・軽・中・重()	
	行動異常	無・軽・中・重()	
	言語障害	無・軽・中・重()	
	視覚障害	無・軽・中・重()	
	聴覚障害	無・軽・中・重()	
	筋緊張	無・低・中・高()	
	感染症	無・軽・中・重()	
	MRSA(喀痰・鼻腔・瘡部) 緑膿菌(喀痰・鼻腔・瘡部)		
	HBV HCV W氏 HIV HTL		
身長 (cm)	かいせん その他()		
体重 (kg)			

筑波記念病院 外来リハ申込書 <小児用>

このページは医師以外の方が記入して下さいでも結構です。職種ごとの分担記入も可です。

患者氏名() 記入者職種(を囲んで下さい) 医師 看護師 その他
平成 年 月 日

ADL 状況		
項目	状況	特殊治療・補助具使用状況
移動	全介助(1人・2人介助)・要介助(軽・中・重)・自立	無・エアマット・車椅子・歩行器・杖・他
食事	経口摂取不可・全介助・要介助(軽・中・重)・自立	無・点滴・経管栄養・自助具・他
排泄	オムツ・要介助(軽・中・重)・自立	無・カテテル・尿器・便器・特殊トイレ・オムツ・他
整容	全介助・要介助(軽・中・重)・自立	無・有
更衣	全介助・要介助(軽・中・重)・自立	無・有
入浴	全介助(1人・2人介助)・要介助(軽・中・重)・自立	清拭・特殊浴槽・ストレッチャー・シャワーチェア・他
睡眠	不眠・昼夜逆転・良好	内服無・有・他
コミュニケーション	不可・喃語・yes/no程度・会話成立・正常	無・文字盤・筆談・絵カード・トキングエイド 特殊ナースコール・他
学校(学年)	職務内容や通学(通園・通勤)方法など	住居の状況 持家・貸家(一戸建・集合住宅) 居室: 1階・2階・階 家屋調整: 必要無・必要(未・済) 済()
家族構成(年齢・職業・健康状態) *同居者を線で囲んで下さい		補装具等 車椅子 無・有(詳細; 使用年数) 装具 無・有(詳細; 使用年数) その他()
		社会資源の利用状況
主養育者:		身障者手帳: 無・申請中・有(級) 療育手帳: 無・申請中・有()
疾患・障害についての説明 本人: 家族:		
<担当者記載欄> 理学療法士(PT)コメント: 作業療法士(OT)コメント: 言語聴覚士(ST)コメント:		
外来目的ゴール:		

診察医サイン