日常生活動作能力票

<紹介先医療機関>	記入日	年	月	日
ふれあい東戸塚ホスピタル	<紹介元医療機関>			
住所 〒244-0806 横浜市戸塚区上品濃16-8	所在地			
電話 045-827-2637(代)	医療機関の名称			
FAX 045-827-2647(代)	TEL			
	FAX			
	記入者氏名			E[.
患者氏名 様 男/女(歳)			
*患者様の現在の身体状況について、主治医またに	 は担当看護師の方がご	記入下さ	l1.	
【障害の内容】				
・意識障害(無/有)				
GCS(E= 点 V= 点	M = 点	i	計点)
・精神障害(無/有病名など:)
・言語障害(無/有/不明)・呼	嚥下障害(無/	有 /	不明)
・麻痺(無 / 有 片麻痺 < 右・	左 > その他)
・視力障害: 無 / 有 (右:	左:)
・聴力障害: 無 / 有 (右:	左:)
【運動機能・ADL】				
身長: c m 体重:	k g			
食事: 自立 / 一部介助(形態(鼻腔栄養 / 胃ろう / 腸ろう)/ 全介)カロリー制 / IVH		1	Kcal)
排泄: 尿意(無 / 有) 便意(排泄動作・・・自立 / 一部介 トイレ / ポータブルトイレ バルーン留置 / 膀胱ろう	助(/ 尿器 / オ	ムツ	/ 全· (介助)
移動: 歩行・・・自立 / 一部介助(車椅子(操作)・・・自操 / 介間 (トランスファー)・・自立 / 一 (タイプ)・・・ 普通型 / ストレッチャー	部介助(,) / 全) / 全) / 全	介助
更衣: <上着> 自立 / 一部介助 / <下着> 自立 / 一部介助 /				

意思疎通: 可能(・・・文字版などの使用(不可能)
ナースコール:可能 ・・・特殊器具などの使用(不可能)
寝返り: 可能 / 不可能 エアマット使用: 無 / 有 座位保持: 可能 / 不可能	
褥瘡: 無 / 有(部位: 大きさ: 処置内容:認知症:無)
有・・・記憶障害 記銘力障害 見当識障害 感情失禁 夜間せん妄 声だし 意欲低下 不潔行為 暴力行為 抑うつ状態 徘徊 その他()
抑制: 無 有・・・安全ベルト 体幹ベルト ミトン つなぎ センサーマット その他()
その他: 気管切開(無 / 有) 痰吸引 (不要 / 要・・・回数: 酸素 (無 / 有 ・・・量: レスピレーター装着(無 / 有) 水頭症手術(無 / 有 < VP / VA / LP >))
ペースメーカー(無/有)	-
【感染症の有無についてご記入下さい】・・・未検査、検査中の場合はその旨ご記入 MRSA・・・陰性 / 陽性(喀痰・咽頭・尿・褥瘡・その他)検査日 年 月 日 / 緑膿菌・・・陰性 / 陽性(喀痰・咽頭・尿・褥瘡・その他)検査日 年 月 日 / HCV・・・ 陰性 / 陽性 HBS・・・ 陰性 / 陽性 ワッセルマン・・・ 陰性 / 陽性	未検
【透析治療を受けられている方はご記入下さい】 導入日: 年 月 日頃 透析日: 回/週 曜日() シャント: 右 / 左 状態()
【看護上の留意点などございましたらご記入下さい】	•