

日常生活動作能力表

紹介先医療機関

記入日 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

医療機関の名称

電話

FAX

記入者氏名

印

患者氏名 _____ 様

* 患者様の現在の身体状況について、主治医または担当看護師の方でご記入ください。

【障害の内容】

- ・ 意識障害 (無 / 有)
- ・ 精神障害 (無 / 有)
(_____)
- ・ 言語障害 (無 / 有 / 不明) ・ 嚥下障害 (無 / 有 / 不明)
- ・ 麻痺 (無 / 有 部位 右 左 片麻痺 その他)
- ・ 視覚障害: 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 (_____) 全介助
 形態 (_____) カロリー制限 (_____ Kcal)
 鼻腔栄養 / 胃ろう / 腸ろう / DIV / IVH

排泄: 尿意 (無 / 有) 便意 (無 / 有)
 排泄動作・・・自立 / 一部介助 (_____) 全介助
 トイレ使用 / ポータブルトイレ / 尿器使用 / オムツ使用 (_____)
 バルーン留置 導尿 膀胱ろう 人工肛門

移動: 歩行・・・自立 / 一部介助 (_____) 全介助
 車椅子 (操作)・・・自操 / 一部介助 (_____) 全介助
 (トランスfer)・・・自立 / 一部介助 (_____) 全介助 (人: _____)
 (タイプ) ・・・・普通型 / リクライニング式
 寝たきり

更衣: 上着 自立 / 一部介助 / 全介助
 下着 自立 / 一部介助 / 全介助

