

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。

<p><b>【障害の内容】</b></p> <p>・ 意識障害 ( 無 / 有 )</p> <p>・ 精神障害 ( 無 / 有 )</p> <p style="padding-left: 40px;">( _____ )</p> <p>・ 言語障害 ( 無 / 有 / 不明 )      ・ 嚥下障害 ( 無 / 有 / 不明 )</p> <p>・ 麻痺 ( 無 / 有 部位 右 左      片麻痺      その他 )</p> <p>・ 視覚障害: 無 / 有 ( 右: _____ 左: _____ )</p> <p>・ 聴力障害: 無 / 有 ( 右: _____ 左: _____ )</p>	
<p><b>【運動機能・ADL】</b></p> <p>身長: _____ c m      体重: _____ k g</p> <p>食事: 自立 / 一部介助 ( _____ ) 全介助</p> <p>形態 ( _____ ) カロリー制限 ( _____ Kcal)</p> <p>鼻腔栄養 / 胃ろう / 腸ろう / DIV / IVH</p> <p>排泄: 尿意 ( 無 / 有 )      便意 ( 無 / 有 )</p> <p>排泄動作・・・自立 / 一部介助 ( _____ ) 全介助</p> <p>トイレ使用 / ポータブルトイレ / 尿器使用 / オムツ使用 ( _____ )</p> <p>バルーン留置      導尿      膀胱ろう      人工肛門</p> <p>移動: 歩行・・・自立 / 一部介助 ( _____ ) 全介助</p> <p>車椅子 ( 操作 )・・・自操 / 一部介助 ( _____ ) 全介助</p> <p>( トランスfer )・・・自立 / 一部介助 ( _____ ) 全介助 ( 人: _____ )</p> <p>( タイプ )      ...普通型 / リクライニング式</p> <p>寝たきり</p> <p>更衣: 上着 自立 / 一部介助 / 全介助</p> <p>下着 自立 / 一部介助 / 全介助</p>	

