

日常生活動作能力表

紹介先医療機関
伊豆東部総合病院

記入日 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

電話 0557-95-1155

医療機関の名称

FAX 0557-95-1155

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) (JCS : _____ 又は GCS : _____)
- ・ 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 (_____) / 全介助
形態 (_____) カロリー制限 (_____ Kcal)
鼻腔栄養 / 胃ろう / 腸ろう / 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 / 介助 (_____) / 全介助
(トランスファー)・・・自立 / 一部介助 (_____) / 全介助
(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

