

日常生活動作能力票

< 紹介先医療機関 >

ふれあい鶴見ホスピタル

住所 〒230-0077 横浜市鶴見区東寺尾4-4-22

電話 045-586-1717 (代)

FAX 045-586-1718 (代)

記入日 年 月 日

< 紹介元医療機関 >

所在地

医療機関の名称

TEL

FAX

記入者氏名 _____

印

患者氏名 _____ 様 男 / 女 (_____ 歳)

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

【障害の内容】

・意識障害 (無 / 有)
 GCS (E = _____ 点 V = _____ 点 M = _____ 点 計 _____ 点)
 ・精神障害 (無)
 ・言語障害 (無)
 ・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 : _____ cm 体重 : _____ kg

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 / ポータブルトイレ / 尿器 / オムツ
 バルーン留置 / 膀胱ろう / 人工肛門 / その他 (_____)

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
 ストレッチャー

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

