

## 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

