

日常生活動作能力票

<紹介先医療機関>

記入日 年 月 日

ふれあい東戸塚ホスピタル

<紹介元医療機関>

住所 〒244-0806 横浜市戸塚区上品濃16-8

所在地

電話 045-827-2637(代)

医療機関の名称

FAX 045-827-2647(代)

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下さい。

【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 / 有 病名など:)
- ・言語障害 (無 / 有 / 不明)・嚥下障害 (無 / 有 / 不明)
- ・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

