

# 泉病院 入院申込 ADL等確認表

脳血管疾患等用

\*診療情報提供書とセットで送信下さい。

【送信先】宮城厚生協会泉病院 連携室

FAX 022-378-5709

TEL 022-378-5361 (代表)

送信日 年 月 日

【送信元】

医療機関名

TEL

FAX

担当者

患者氏名

様

生年月日

年 月 日 ( 歳)

日常生活機能評価	床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	片方の手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない <input type="checkbox"/> 介助を要する(搬送含)	
		<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	
	診療・療養上の指示	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
	危険行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
意識レベル			せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
麻痺	右麻痺 ・ 左麻痺 麻痺レベル:		
食事	経口摂取	自立 ・ 見守り ・ 介助	※食事形態および制限食等の内容
	経管栄養	経鼻 ・ 胃ろう	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル留置		
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり :		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (薬剤名: )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位( ) <input type="checkbox"/> 吸引 回数( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
退院先	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		
介護保険	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 (要支援 ・ 要介護 )		ケアマネージャー:
リハビリ	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施中 ・ リハビリ病名:		・ 基準日:
体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類: <input type="checkbox"/> MRI可 <input type="checkbox"/> MRI不可)		
家族状況	* 具体的にご記入ください。		