

泉病院 入院申込 ADL等確認表

整形疾患用

*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

送信日 年 月 日

FAX 022-378-5709

【送信元】

TEL 022-378-5361 (代表)

医療機関名	
TEL	
FAX	
担当者	

患者氏名 様

生年月日 年 月 日 (歳)

禁忌事項(肢位)		
荷重スケジュール		
既往歴		
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	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 経口介助 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 ()	
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	
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:	
家族状況	*具体的にご記入ください。	
貴院でのフォロー	当院へ転院後受診予定 <input type="checkbox"/> あり (月 日頃) <input type="checkbox"/> なし	
	当院は整形外科医不在の為、必要に応じて貴院でのフォローをお願いしております。転院時には受診予定等お知らせ下さい。また、転院時には貴院でお使いのクリニカルパス、看護・リハビリサマリー、禁忌事項等の指導書をお持ち頂きますよう宜しくお願いいたします。	