

【ADL評価表】

ご多忙中お手数ですが、ご記入下さいます様お願い致します。

患者氏名		医療機関名		
		様		
身長・体重	cm	kg	血圧	最高 最低

〔運動機能評価〕

運動項目	詳細	判定	備考
セルフケア	食事		胃瘻・経鼻・IVH・自助具
	整容		
	清拭		
	更衣・上半身		
	更衣・下半身		
	トイレ動作		
排尿コントロール	排尿管理		
	排便管理		
移乗	ベッド・椅子・車椅子		
	トイレ		
	浴槽・シャワー		
	<input type="checkbox"/> 歩行		
	<input type="checkbox"/> 車椅子		
	階段		

\* 運動項目判定基準

	項目	介助者の手出し		備考
A	完全自立	不要	不要	
B	修正自立	不要	不要	時間がかかる、補助具が必要、安全性の配慮
C	監視・準備	必要	不要	監視、指示、促し
D	最小介助	必要	必要	75%以上自分で行う
E	中等度介助	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う
F	最大介助	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う
G	全介助	必要	必要	25%未満しか自分で行わない

廃用をもたらすに至った要因( )

臥床・活動性低下期間(2週間以内 ・ 2週～1か月 ・ 1～3か月 ・ 3～6か月 ・ 6か月以上)

【認知機能評価】

項目	詳細	判定
コミュニケーション	理解	問題なし・短文レベルなら可能・文章レベルと単語レベルが半々・単語レベル・不可能
	表出	問題なし・短文レベルなら可能・文章レベルと単語レベルが半々・単語レベル・不可能
社会的認知	社会的交流	問題なし・慣れた場所でも問題あり・進んで周囲と交流しない・慣れた人間でも問題あり・ベッド上でも問題あり
	問題解決	問題なし・複雑な問題は助言必要・ナースコールで助けを求める・危険なことも1人で行う・判断不可能
	記憶	問題なし・ほぼ問題ない・たまに間違える・細かい点が曖昧・割と間違える・ほとんど記憶がない

高次脳機能障害

失語症・注意障害・失行症・失認症・他( )

その他参考となる所見

認知症(HDS-R 点)

尿失禁・夜間せん妄・徘徊・不眠・褥瘡・他( )

認知症老人日常生活自立度( )

障害老人日常生活自立度( )

## 診療情報提供書

患者氏名	様	男・女	生年月日	歳
住所			TEL	

(ご多忙中お手数ですが、ご記入下さいます様お願い致します)

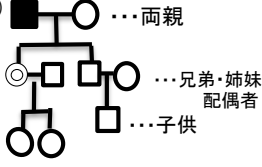
診断名		発症年月日
合併症		発症年月日
症状経過		現在の治療内容 酸素 ( )L <span style="float: right;">カスラ マスク</span>
		呼吸器
		気管切開 カニューレの種類
		最終交換日 月 日
		経管栄養 <span style="float: right;">胃瘻・経鼻</span>
		チューブの種類
		次回交換予定日
		膀胱留置カテーテル
		褥瘡部位
		処置方法
処方内容 *転院後も必要と思われる最小限の 処方でご協力お願い致します。		薬アレルギー : 無・有 ( )
		食物アレルギー: 無・有 ( )
食事内容	主食:常食・全粥・ 分粥	カロリー kcal
	副食:常食・きざみ食・ミキサー・ペースト・とろみ	水分制限:有・無( )
	経管栄養(経管栄養の内容)	血液型 ABO式 RH式 ( ) ( )
検査結果 3か月以内のデータをお願い致します。 HCV抗体(+・-)HB抗原(+・-)HB抗体(+・-)		
梅毒(+・-)疥癬(+・-)結核(+・-)MRSA(+・-)【検体:痰・尿・血液・膿・その他( )】		
医療機関名		平成 年 月 日
所在地		電話番号( )
医師氏名		☎ 内線番号( )

# 杉山病院入院申込書

平成 年 月 日

杉山病院 病院長 殿

以下の通り、入院申込みを致します。入院の際は必ず医師の指示に従います。

フリガナ		性別		明・大・昭・平	年齢
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	歳
患者住所	〒				
電話番号	自宅 ( )		携帯 ( )		
保険種類	1 健保本人    3 国保本人    5 後期高齢    7 労災    9 生活保護 2 健保家族    4 国保家族    6 自賠    8 公務災害    10 他( )				
介護保険	要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5    無				
	申請中( 月 日 申請済み)    再認定中( 月 日 申請済み)				
	居宅介護支援事業所			担当ケアマネージャー	
身障者手帳	有( 級)・無・申請中( 月 日 申請)			当院入院歴 有・無	
家族構成	配偶者	有・無		キーパーソン	
	子供	男 人・女 人	入院前		と 人暮らし
	□→男    ○→女    本人は二重丸、亡くなられた方は塗りつぶして下さい。 (例)  …両親 …兄弟・姉妹 配偶者 …子供				
入院第一希望	大部屋・2人床・個室		入院第二希望	大部屋・2人床・個室	
退院時引受人 <small>家族近親者で 支払い能力のある人</small>	氏名			患者との続柄:	
	〒			職業:	
	住所			電話番号( )	

杉山病院