この度はご紹介いただきありがとうございます。
患者さんのADL状況の把握の為、情報等の提供をよろしくお願いします。

〈名前〉 ふりがな	〈年齢〉	＜主病名＞
	〈性別〉 ☐ 男 ☐ 女	＜その他現在加療中の傷病名＞
＜生年月日＞　　年　　月　　日		
認知症状　☐なし　☐あり →問題行動なし →問題行動あり　☐徘徊　☐せん妄　☐不穏 （　　）		

ADL状況

食事	☐ 自立 ☐ セッティング必要 ☐ 一部要介助 ☐ 全介助 ☐ その他　（　　）	着脱・整容	☐ 自立 ☐ セッティング必要 ☐ 一部要介助 ☐ 全介助 ☐ その他　（　　）
排泄	☐ 自立 ☐ 介助または誘導にてトイレへ行ける ☐ ポータブルトイレ使用 ☐ 全介助 → ☐ オムツ使用 ☐ その他（　　）	移動	☐ 自立　☐ 歩行器 ☐ 杖使用 ☐ 車椅子 ⇔ ベット（自力可・一部介助） ☐ 全介助 ☐ その他　（　　）
入浴	☐ 自立 ☐ 観察・見守り必要 ☐ 一部要介助 ☐ 全介助 ☐ 入浴不可・清拭 ☐ その他　（　　）	環境	☐酸素使用 ☐在宅酸素 ☐部屋希望　（大部屋　・　2人部屋　・　特別室） ☐その他　（　　）
		家族の協力	☐ 協力的 ☐ 普通 ☐ 非協力的

★次回貴院受診日　　なし　・　あり（　　月　　日　AM/PM　受診科（　　）担当医（　　）

その他お気づきの点がございましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。
不明な点がございましたらご連絡ください。

〒811－3431
宗像市田熊四丁目2番6号
東郷外科医院 TEL　0940(36)4146
FAX　0940(36)4128
病棟直通　TEL　0940(36)5163
FAX　0940(36)5184

変更2014・08・18