

医療機関名 \_\_\_\_\_

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状況等の把握の為、情報の提供をよろしく願います。

<名前> フリガナ _____ 氏名 _____ 様		<年齢> _____	<主病名> _____
<生年月日> _____ 年 _____ 月 _____ 日		<性別> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<その他現在加療中の傷病名> _____
★キーパーソン 氏名 _____ 様 (続柄) 入院時来院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		★次回貴院受診予定日 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (受診予定日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間( _____ )	
<介護保険> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →【 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)】 → 担当事業所( _____ ) 担当者名( _____ ) <input type="checkbox"/> 申請中 ( _____ )			
<認知症状> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 問題行動なし → <input type="checkbox"/> 問題行動あり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 → <input type="checkbox"/> 専門医受診なし <input type="checkbox"/> あり( _____ ) → その他 ( _____ ) (具体的に) ( _____ )			

ADL状況

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 食事内容( _____ ) <input type="checkbox"/> セッティング必要 <input type="checkbox"/> 一部要介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 有( _____ )・無 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	着 脱 ・ 整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング必要 <input type="checkbox"/> 一部要介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	排 泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助または誘導にてトイレへ行ける <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 全介助 → <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 観察・見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部要介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴不可 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	環 境	<input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 病室希望 ( 大部屋・2人部屋・1人部屋 ) <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
	そ の 他		★貴院処方内服(注射) _____

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  
病棟直通TEL 0940(36)5163  
FAX 0940(36)5184