

(西暦)

年 月 日

医療機関名

〒・住所

T E L

科名・病棟

医師名

患者氏名 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生 歳

身長 cm 体重 kg

紹介目的及び病状転院に関する患者・家族への説明内容

病名及び合併症

1	年 月 日発症	<(急・慢)性期・末期>
2	年 月 日発症	<(急・慢)性期・末期>
3	年 月 日発症	<(急・慢)性期・末期>

既往症

治療経過及びリハビリテーション経過

※合併症・既往症に関しても投薬や現状について記載願います
PT(実施/未実施)・OT(実施/未実施)・ST(実施/未実施)

※特記事項(該当する項目がございましたら、ご記入下さい)

【糖尿病】:なし・あり...①インシュリン:使用・未使用 ②使用インシュリン名:()
 ③インシュリン使用量:() ④Hba1c値:()
 【ワーファリン】:未使用・使用...①使用量:() ②PT-INR値:()
 【入院中の感染歴】:なし・あり...①原因:() ②現在のCRP値:(、 月 日)

処方

ADL表（日常生活動作表）

記入日：(西暦) 年 月 日 記入者： (職種：)

患者氏名：		様	男・女	生年月日：	明・大・昭・平	年	月	日	歳	
意識障害	無・有	・昏睡 ・傾眠 ・混濁 ・遷延性意識障害(無動性無言症・植物状態) ・その他()								
	眼球の動き	・眼球は動かない ・眼球は動いても認識できない ・眼球は動く(認識できる)								
	意識レベル	・JCS I-(1・2・3)、II-(10・20・30)、III-(100・200・300)						・GCS (点)		
精神症状 又は 認知症	無・有	・記憶障害 ・記銘力障害 ・見当識障害 ・感情失禁 ・不潔行為 ・抑うつ								
		・意欲低下 ・夜間せん妄 ・被害妄想 ・幻覚 ・易怒性 ・暴力行為 ・暴言								
		・声出し ・徘徊 ・健忘 ・作話 ・その他(長谷川式スケール=)								
身体抑制	無・有	・体幹/ミトン/その他:()/理由:()								
麻痺	無・有	・完全麻痺 ・不全麻痺(弛緩性・痙直性・不随意運動性・失調性・強剛性・振せん性)								
		・片麻痺(左/右) ・単麻痺(部位:) ・四肢麻痺								
拘縮	無・有	(部位:) 痛み: 無/有()								
言語障害	無・有	・失語症 ・構音障害								
		・意思疎通が不可能(理解困難) ・意思疎通が可能								
		・簡単な命令には辛うじて応ずることができるが、意思の疎通は不可能								
		・発語ほとんど無し ・発語するが意味不明 ・発語するが聞き取りにくい								
嚥下障害	無・有	(状態:)								
聴覚障害	無・有	・全く聞こえない ・ほとんど聞こえない ・補聴器を使用すれば聞こえる								
視力障害	無・有	・全く見えない ・指数識別可能 ・歩行に支障あり ・歩行に支障なし								
褥瘡	無・有	(部位:) 大きさ: 縦 ×横 ×深さ 処置内容:) ※DESIGN-R D; E; S; I; G; N; P;								
感染症	無・有	・HBV(+/-/未実施)/HCV(+/-/未実施) ・MRSA; 痰・尿・膿(+/-/未実施) ・疥癬 ・梅毒 ・多剤耐性菌 ・その他()								
医療行為	無・有	・気管切開(無/有) ・皮膚疾患(無/有;) ・CV(無/有) ・DIV(無/有)								
		・人工肛門(無/有) ・酸素投与(無/有; l/分) ・吸引(無/有; hr毎あるいは 回/日) ・血糖検査(無/有, 回/日) ・インスリン注射(無/有, 回/日, 単位/日) ・人工呼吸器(無/有: TPPV/NPPV ※機種・設定・マスクのタイプの情報は別途記載又は添付等お願いします)								
移動	歩行	・形態(独歩/杖/つたい歩き/歩行器) ・自立度(自立/見守り/一部介助/全介助)								
	車椅子	・移乗(自立/要介助) ・操作(自立/要介助)								
起坐	・自立 ・一部介助 ・全介助									
座位保持	・不能 or 可能(30分以上/30分未満); 背もたれ(要/不要)									
寝返り	・自立 ・一部介助 ・全介助									
食事・栄養	補給法	・経口摂取(自立/自力で可能だが時間を要す/一部介助/全介助) ・義歯(有/無)								
		食形態	・主食(飯/粥/ミキサー/その他) とろみ(有/無)							
			・副食(普通/一口大/軟菜/キザミ/ミキサー/その他)							
		摂取量	・76%以上 ・75~26% ・25%以下							
	・経管(鼻腔/胃瘻/腸瘻/食道瘻) 点滴(静脈栄養/中心静脈栄養)									
	内容()									
検査値	・TP g/dl		・Alb g/dl		・Hb g/dl					
身長・体重	・身長(cm)				・体重(kg)					
排泄	・尿意(無/有) ・便意(無/有)									
	・トイレ/ポータブルトイレ(自立/自力で可能だが時間を要す/一部介助/全介助)									
	・差し込み便器使用中 ・オムツ使用 ・バルーン挿入中 ・その他()									
更衣	・自立 ・自力で可能だが時間を要す ・一部介助 ・全介助									
洗面	・自立 ・自力で可能だが時間を要す ・一部介助 ・全介助									
入浴	・自立 ・家庭浴 ・シャワー浴 ・機械浴 ・清拭									
ナースコール	・可能(呼べている) ・可能だが適切に呼べていない ・不能 ・特殊コール使用()									

*評価が行われた場合はご記入ください。

FIM あるいは BI =	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準=ランク	認知症高齢者の日常生活自立度 判定基準=ランク
---------------	--------------------------------	-------------------------

介護度	・未申請 ・申請中(年 月 日) ・認定済み(要支援1・2/要介護1・2・3・4・5)
-----	--