泉病院 入院申込　ＡＤＬ等確認表

脳血管疾患等用

＊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

ＦＡＸ　022-378-5709

ＴＥＬ　022-378-5361（代表）

送信日　　年　　月　　日

【送信元】

医療機関名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

担当者

患者氏名　　様

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

日常生活機能評価	床上安静の指示	□なし　□あり	
	片方の手を胸元まで持ち上げられる	□できる　□できない	
	寝返り	□できる　□何かにつかまればできる　□できない	
	起き上がり	□できる　□できない	
	座位保持	□できる　□支えがあればできる　□できない	
	移乗	□できる　□見守り･一部介助が必要　□できない	
	移動方法	□介助を要しない　□介助を要する（搬送含）	
		□歩行　□車いす　□寝たきり	
	口腔清潔	□できる　□できない	
	食事摂取	□介助なし　□一部介助　□全介助	
	衣服の着脱	□介助なし　□一部介助　□全介助	
	他者への意思の伝達	□できる　□できる時とできない時がある　□できない	
	診療･療養上の指示	□通じる　□通じない	
	危険行動	□ない　□ある	
意識ﾚﾍﾞﾙ		せん妄	□なし　□あり(　　)
麻　痺	右麻痺　・　左麻痺　　麻痺レベル:		
食　事	経口摂取	自立　・　見守り　・　介助	※食事形態および制限食等の内容
	経管栄養	経鼻　・　胃ろう	
排　泄	□トイレ自立　□トイレ介助　□オムツ　□カテーテル留置		
高次脳機能障害	□なし　□あり　:		
睡　眠	□良眠　□不眠　（薬剤名:　　）		
医療行為	□褥瘡　部位（　　）　□吸引　回数（　　）　□その他（　　）		
退院先	□未定　□自宅　□病院　□施設		
介護保険	□未　□申請中　□済　（要支援　　･要介護　　）　ケアマネージャー:		
リハビリ	□未実施　□実施中　･リハビリ病名:　　･基準日:		
体内金属	□なし　□あり　（種類:　　□MRI可　□MRI不可）		
体重	貴院入院時の体重:		
家族状況	＊具体的にご記入ください。		