泉病院 入院申込　ＡＤＬ等確認表　整形疾患用

＊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）

禁忌事項(肢位)		
荷重スケジュール		
既往歴		
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
食　事	□自立　□経口介助　□経鼻経管　□胃瘻　（　　）	
排　泄	□トイレ自立　□トイレ介助　□オムツ　□カテーテル留置	
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:	
家族状況	＊具体的にご記入ください。	
体重	貴院入院時の体重:	
貴院でのフォロー	当院は整形外科医不在の為、必要に応じて貴院でのフォローをお願いしております。 転院時には受診予定等お知らせ下さい。。 また、転院時には貴院でお使いのクリニカルパス、看護･リハビリサマリー、禁忌事項等の指導書をお持ち頂きますよう宜しくお願いいたします。	