

転医にかかる情報

患者氏名	(ふりがな)
------	---------

該当する□にチェックと、()に必要な詳細の記入をお願いします。

1. 転院の目的

- リハビリ目的
疾患の治療、継続
自宅へ帰る準備
潜在的疾患(病名:)の不安
その他()

2. 転医の病棟

- 回復期病棟 障害者病棟 急性期病棟(科)

3. 病室の希望

- 個室 多床室 特に希望はない

4. キーパーソンはどなたでしょうか。氏名、続柄を記入ください。

(氏名 続柄)

5. 転院後について患者本人・家族(キーパーソン)それぞれの希望

- 患者本人()
家族キーパーソン()

6. ADLについて

- ①食事・・・(食事形態)
②排泄・・・()
③清潔・・・()
④移動・・・(移動方法)
⑤服薬・・・()

7. 認知症について

- なし あり(症状:)

8. 感染症について

- なし あり()

9. 褥創のについて

- なし あり(大きさ、処置の内容:)

10. 皮膚疾患について

- なし あり(症状:)

11. 信仰・宗教の治療や看護における影響

- 影響はない 影響される(具体的内容)

12. 身長・体重

(cm) (kg)

記入者	平成 年 月 日記入
-----	------------

様

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらか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	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
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
他者への意志の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※ 得点 : 0~19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点

評価日	
評価者	