

検査入院ADL連絡票

京都民医連あすかい病院 地域医療連携室 直通 FAX : 075-706-7763

記入医療機関名 ()

記入者名 ()

記載日 (年 月 日)

患者	氏名 () 生年月日 (年 月 日) 年齢 (才)
キーパーソン	氏名 () 続柄 () 連絡先 ()
移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 or 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
移乗方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) ・主食 : <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー ・副食 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> やわらか・刻み <input type="checkbox"/> ミキサー半固形・ソフト <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃瘻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (軽度 ・ 中等度 ・ 重度) <input type="checkbox"/> 不明
看護ケア	<input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	