看護最新情報シート

※転院および入院の1~２日前の情報をご記入しFAXお願いします。

FAX：03-3557-4001

※個人情報となりますので、お掛け間違いのないようご注意ください。

記入日：　　年　　月　　日

事業所・記入者名：		
患者氏名		
医療処置の有無		（　有　・　無　）
医療処置の内容		
認知症の診断の有無		（　有　・　無　）
認知症高齢者の日常生活自立度		自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M　不明
ADL	食事	自立　一部介助　全介助
	移動	歩行（独歩・一部介助）　車椅子（自立・一部介助・全介助）　ストレッチャー
	清潔	自立　一部介助　全介助
	排泄	自立　尿器　Pトイレ　バルン　オムツ（リハビリパンツ・オムツ）
	現在のADL	
集団生活を送る上での問題となる行動の有無（大声など）		（　有　・　無　）
		指示（入る・一部入る・入らない）　徘徊（有・無）　声出し（有・無）
抑制や身体拘束使用の有無		有　（種類　）・　無
その他(伝達等)		

ご協力ありがとうございました。

＜問い合わせ先＞

浩生会スズキ病院

入退院調整看護師

TEL：03-3557-2001

FAX：03-3557-4001