

地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立リハビリテーション病院
 入院申込書 医療支援室 宛 (担当者) FAX:082(848)8003

医療機関名 _____ ご担当者様 _____ 連絡先 _____

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日常生活機能評価表	0点	1点	2点	
床上安静の指示	なし	あり		身長: _____ cm, 体重: _____ kg
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		食事内容 <input type="checkbox"/> 経口摂取 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 () (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻)
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		高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
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	見守り・一部介助が必要	全介助	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
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		排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿管抜去日 (/) ※一度でも挿入があればご記入下さい。
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	処置・医療行為 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 酸素 (L/分) 喀痰吸引 (約 回/日) 褥瘡 (部位) 創処置 (部位) その他 ()
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 _____ 点	
家族構成	患者・家族の希望、意向			
キーパーソン (_____ 様 続柄: _____)	機能予後の説明 患者へ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 () 家族へ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 () 今後の方向性 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 在宅希望 <input type="checkbox"/> 施設等希望 <input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡事項 ■部屋希望 : 大部屋、個室 (4,480円、11,600円) ■入院希望時期:				

ご協力ありがとうございました。

広島市立リハビリテーション病院 医療支援室
 直通電話:082(849)2801 FAX:082(848)8003

2023.11