

地域連携シート 3 (定期連絡書)

様 生年月日 年 月 日  男  女

上記患者様が、貴施設にかかられて1年が経過しますので、近況のご報告をお願い申し上げます。

計画管理病院

日常生活機能評価

患者の状況	得点	得点	得点
床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 0 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 できない	
寝返り	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 何かにつかまれば できる	<input type="checkbox"/> 2 できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 できない	
座位保持	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> 2 できない
移乗	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 見守り・一部介助 が必要	<input type="checkbox"/> 2 できない
移動方法	<input type="checkbox"/> 0 介助を要しない移乗	<input type="checkbox"/> 1 介助を要する移動 (搬送含む)	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 できない	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 0 介助なし	<input type="checkbox"/> 1 一部介助	<input type="checkbox"/> 2 全介助
衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 0 介助なし	<input type="checkbox"/> 1 一部介助	<input type="checkbox"/> 2 全介助
他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> 0 できる	<input type="checkbox"/> 1 できる時と できない時がある	<input type="checkbox"/> 2 できない
診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> 0 はい	<input type="checkbox"/> 1 いいえ	
危険行動	<input type="checkbox"/> 0 なし	<input type="checkbox"/> 1 あり	
			合計得点 点

新たに起こったイベント(脳卒中関連)

脳梗塞  脳出血  くも膜下出血  その他

詳細 記載欄

新たに起こったイベント(脳卒中以外でADLに影響を与える)

心疾患  骨折・関節関連  認知症  その他

詳細 記載欄

リスクコントロール

血压	/	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	本/日
HbA1C	%	大量飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
LDL	mg/dl	肥満	BMI	
HDL	mg/dl	PT INR		

処方内容(コピー添付でも可)

--	--

計画管理病院への要望・問題点など

--