

入院日 年 月 日

実施日時 年 月 日

連携パス入院時評価シート

患者名() 性別() 生年月日()

住所 ()

身体状況及び家庭状況	1	病名	手術日()	
	2	術式		
	3	既往歴		
	4	リハビリ必要期間		
	5	医療処置	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし
	6	在宅復帰の希望	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし
	7	在宅復帰に向けた社会的課題	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし
	8	住宅環境の整備	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不必要
	9	介護者	<input type="checkbox"/> あり(配偶者・親・その他)	<input type="checkbox"/> なし
	10	介護者の介護意欲	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	11	患者の闘病意欲	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	12	ケアマネ	<input type="checkbox"/> あり【 】	<input type="checkbox"/> なし
	13	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり【 】	<input type="checkbox"/> なし
入院前の寝たきり度		J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症度		N・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
介護度		自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		

世帯構成

家族の意向

松江赤十字病院

記録者