患者さん用

自立性喪失の評価表

□6 か月後　　□1 年後　　□2 年後

高齢がん患者の医療と介護の連携に関する研究 ～高齢悪性リンパ腫患者の治療と自立性喪失、介護度増悪に関する前向き観察研究～	
登録番号	担当医
患者名	記入日　　年　　月　　日
1.新しく介護保険認定されましたか？ （必須）	□はい（認定月:　　年　　月 ） □いいえ □不明
認定介護度（わかれば）	□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
2.介護サービスを開始されましたか？ （必須）	□はい（開始月:　　年　　月 ） □いいえ □不明 「はい」と回答された方は内容を教えてください （　　）
3.リハビリテーション病院へ転院 あるいは入院しましたか？	□はい（転院/入院月:　　年　　月 ） □いいえ □不明
4.在宅医療が開始されましたか？	□はい（開始月:　　年　　月 ） □いいえ □不明
在宅医療の内容	（　　）