

部門の入居者のリスト及び結果 (調査に参加した全入居者)



この用紙は施設で
保存ください

6ヶ月後の入居者状況

- A: まだナーシング・ホームにいる
B: 別のナーシング・ホームに移送
C: 帰宅
D: 死亡
E: その他

COVID-19:

Q1: 今日、この入所者は
COVID-19
に感染していますか？

- 1: はい
2: いいえ
3: わかりません

Q2:
この入所者が最後に陽性と判定されたのは？

- 1: 0-3ヶ月前
2: 3-6ヶ月前
3: 6-12ヶ月前
4: 1年以上前？
5: 決して
6: わかりません

Q3: この入所者は
COVID-19
感染のときは入院し
ていましたか？

- 1: はい
2: いいえ
3: わかりません

登録センター番号

登録ユニット番号

記述日

結果評価の実施日

6ヶ月後の結果

氏名 姓 生年月日 居住者シール DVR:0000191 W 10 01 1948  A I3101 I3M/Station 20H Pat.Zl: 901-20311/06/004269	入居者番号	6ヶ月後の入居者状況	他部門への移送日および死者など	Q1	Q2	Q3	現体重 (kg)	過去6ヶ月間に			意見
								入院		転倒した回数	
								数	日数		
								A, D, もしくはEに当てはまる場合にのみ記入して下さい			
	1	A	24.04.2017	1	1	1	75	2	17	3	

ありがとうございました。