

塩竈市立病院 ADL確認表

紹介元医療機関名: _____ 記載日 年 月 日 (担当者名: _____)

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
患者氏名			才
かかりつけ医		平成 年 月 日	現在 身長(cm) 体重(kg)
転院目的	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 療養型目的 (その後の転院先: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 意見書(_____) 調査(_____) <input type="checkbox"/> あり(要介護 要支援 _____) 担当CM (_____)		
身体状況			
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せない <input type="checkbox"/> 押せる		
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 杖歩行 ・ 装具(_____) <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ 自走 ・ 一部介助 ・ 要介助 (移乗動作: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 起き上がり ・ 自立 ・ 軽介助 ・ 全介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり(寝返り: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) ・ 自発開眼 ・ 呼びかけで開眼 ・ 開眼無し		
食事	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 経口摂取 自立・見守り・一部介助 ・ 全介助(食事形態 _____) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 無・有 (VFなどの評価 _____) <input type="checkbox"/> 経管栄養→ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう (造設日 年 月 日)次回交換日(_____) チューブの商品名(_____) <input type="checkbox"/> 点滴 ・ 末梢静脈栄養PPN ・ 中心静脈栄養TPN 挿入部位(_____)		
排泄	自立 ・ トイレ誘導 ・ 見守り ・ 全介助 ・ 一部介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテルサイズ(_____ Fr) 最終交換日 年 月 日 日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 失禁 オムツ対応 夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 失禁 オムツ対応		
整容更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(リフト浴・清拭)		
障害日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C1		
精神面	意識レベル	清明 ・ I-1 I-2 I-3 II-10 II-20 II-30 III-100 III-200 III-300	
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)	
	不穏行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状: _____)	
	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____)(手段: ミトン ・ 体幹抑制 _____)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 理解不能の音声のみ <input type="checkbox"/> 発語無し <input type="checkbox"/> 正常に会話ができる <input type="checkbox"/> 会話に混乱がある <input type="checkbox"/> 混乱した単語のみ	
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: _____ 大きさ: _____ 処置: _____) <input type="checkbox"/> 痰の吸引(_____ 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素(_____ ℓ/分) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 禁忌事項(_____) <input type="checkbox"/> 無し		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)		