

塩竈市立病院ADL確認表

2020/10月改訂

記載日：令和 年 月 日（担当者名： ）

| | | | | |
|------------|--|--|---|----------------------------|
| ふりがな 氏名 | 様 | 男 女 | 大正・昭和・平成 年 月 日生 歳 | 身長：..... cm 体重：..... kg |
| キーパーソン | ①様 | 続柄： | 《キーパーソン連絡先》 - - | |
| | ②様 | 続柄： | 《キーパーソン連絡先》 - - | |
| 入院目的 | <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 在宅導入 <input type="checkbox"/> 看取り（DNAR確認→ 済・未） <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 退院先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 <退院後の施設入所について> <input type="checkbox"/> 申込済 申込施設名（ ） <input type="checkbox"/> 申込未・検討中 | | | |
| 介護保険 | <input type="checkbox"/> 申請→ 済・申請中・未 <input type="checkbox"/> 要支援→ 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護→ 1・2・3・4・5 事業所名（ ） 担当CM（ ） | | | |
| 服薬中の薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※処方内容を添付していただいてもかまいません。 薬剤名（薬剤名→ ） 内服薬の管理→ <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 特定疾患 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | 身障手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） | |
| たばこ | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 現在扱っている（ 本/日 年） <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ 本/日 年） | | | |
| アルコール | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（ ml/日） | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品→造影剤・内服薬・注射・軟膏）（食べ物→ ） （その他→ ） | | | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 1日（ ）食 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> 制限食（ ） kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・経鼻） CV・ポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 端坐位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ | | |
| 排 泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ ） Fr / 挿入 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便秘時の対応（ ） 排尿 日中（ ）回 夜間（ ）回 | | |
| 清 潔 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 | | |

