

ADL表

日常生活動作についてご記入ください。☑または○で囲んでください。

病院様から下総病院 担当相談員宛へ FAX番号 047-464-8114

様 月 日 現在

身長 cm 体重 kg

栄	経口 <input type="checkbox"/>	摂取方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（セッティング・見守り・一部食事の介助） <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 【主食】 常食 軟飯 全粥 ミキサー その他 _____ 【副食】 常食 一口大 刻み(大) 細刻み(小) ミキサー その他 _____ 食事制限 _____ Kcal 塩分 _____ g トロミの使用・硬さ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 強 中 弱
	経管 <input type="checkbox"/>	【経路】 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 その他 _____ 経管栄養内容 栄養商品名 _____ 当院ではメイパランスを使用していますがメイパランスに変更(継続)しても可能ですか？ 可 不可 朝 ml 昼 ml 夕 ml 眠前 ml 白湯 ml 白湯 ml 白湯 ml 白湯 ml メーカー・種類・サイズ メーカー 種類 Fr
排泄	トイレ ポータブルトイレ 尿器 紙パンツ オムツ 布パンツ バルーン 膀胱瘻 メーカー・種類・サイズ メーカー 種類 Fr 尿意 有 無 時々 便意 有 無 時々 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
清潔	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭 その他 _____ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
処置	処置はありますか？ 褥瘡 有 無 部位 _____ 処置内容 _____ その他 _____ エアーマット 使用している 使用していない 気切内容 サイズ 内径 mm 外径 mm メーカー・種類 メーカー 種類	
精神状態等	ナースコール 使用できる 使用できない センサーマット 使用している 使用していない 身体拘束 ベット柵 本 抑制 抑制着 ミトン 体幹ベルト Y字ベルト 認知症 有 無 問題行動等 _____ 内服 有 無 内服内容 _____ 夜間は寝れていますか？ はい ・ いいえ 対応や内服内容 _____ その他問題行動等 _____	
感染症	(+)・(-)に☑がない場合は不明または検査していないと判断します。 HCV抗体 <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) HBS抗原 <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) MRSA <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) 疥癬 <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) 梅毒 <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) 緑膿菌 <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-) その他 _____	
・現在の移動用具 独歩 T字杖 歩行器 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・転院時の移動用具と移動手段 移動用具 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 標準・リクライニング式 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 手段 <input type="checkbox"/> 一般タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車		