

ADL・看護情報確認表

2021年6月静岡県西部リハビリテーション病院会作成

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月 日 (才)
主疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法( ℓ ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸療法( ) <input type="checkbox"/> 吸引 ( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 創傷・褥瘡(部位: )    処置: ( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
身体状況	身長: cm		体重: kg		
	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症				
食事内容	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 総カロリー数: Kcal				
	主食		副食		
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食4(軟菜食) <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食3(きざみ・ソフト食) <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食2(ミキサー・ペースト食) <input type="checkbox"/> 重湯ゼリー <input type="checkbox"/> 嚥下調整食1(ゼリー食) <input type="checkbox"/> その他( )				
	水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間とろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ )				
排泄	<input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ( 経管栄養開始日: ) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 ( 内容・1日量: )				
	<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 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 (1日: 回)				
移動手段	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行 ( 補助具: ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
立ち上がり～移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
指示	<input type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> 入らない <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他( )				
リハビリの実施	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST				
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( )				
抑制状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ミン・上肢拘束 <input type="checkbox"/> 胸抑制 <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> 離床センサー				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 )				
家族構成	キーパーソン ( )				
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中(訪問調査予定日: ) <input type="checkbox"/> 未申請				
ケアマネジャー	事業所名: 担当者:				
福祉サービス					
退院後の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他( )				
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 疾患名 ( )				
注射	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ネスプ <input type="checkbox"/> フォルテオ <input type="checkbox"/> その他( )				
転院後受診の必要性	<input type="checkbox"/> 必要無 <input type="checkbox"/> 必要有 <input type="checkbox"/> 定期受診( <input type="checkbox"/> 2週間 <input type="checkbox"/> 1ヶ月後 <input type="checkbox"/> 2ヶ月後 <input type="checkbox"/> その他 )				

記入日: 年 月 日 記入者( 職種: )