

ADL表

病院様から 薬園台リハビリテーション病院 担当相談員宛

FAX番号 047-461-3880 * 以下の項目について、または○で囲んでください。

様 身長 _____ cm 体重 _____ kg _____ 月 _____ 日 現在

栄 養	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 軟菜 その他 _____ 食事制限 _____ Kcal 塩分 _____ g トロミの使用・硬さ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 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 _____ 当院ではメイバランスを使用していますがメイバランスに変更(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 カテーテル → メーカー _____ 種類 _____ Fr
義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 上 下
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ ポータブルトイレ 尿器 紙パンツ オムツ 尿パッド 布パンツ バルーン 膀胱瘻 カテーテル → メーカー _____ 種類 _____ Fr 尿意 (有 無 時々) 便意 (有 無 時々)
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	褥 瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位・処置内容 _____ エアマットの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 体圧分散マットレスの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 頻度 _____ 気 切 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 サイズ 内径 _____ mm 外径 _____ mm カテーテル → メーカー _____ 種類 _____
精神 状態 等	危険行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 状況 _____ 抑 制 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 抑制着 ミトン 体幹ベルト Y字ベルト ベット柵 _____本 センサーマット使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 理解度 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 行動・心理症状 _____ 認知症の内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 処方内容 _____ 夜間睡眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → 対応状況 _____ その他の精神症状等 _____ ナースコール使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症	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 _____
アレルギー	薬 剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 食 品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
現在の移動	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 移動方法と 移動手段	<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 <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
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 要支援・要介護 (_____) <input type="checkbox"/> 申請中(新規・区分変更) → 認定調査 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (/)