

# 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 047-464-8114 \* 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"/> <b>摂取方法</b> <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 <b>食事形態【主食】</b> 常食 軟飯 全粥 ミキサー その他 _____ <b>【副食】</b> 常食 一口大 刻み(大) 細刻み(小) ミキサー 軟菜 その他 _____ <b>食事制限</b> _____ Kcal 塩分 _____ g <b>トロミの使用・硬さ</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 強 中 弱
	<b>【経路】</b> <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 パルーン 膀胱瘻 カテーテル→ メーカー _____ 種類 _____ Fr <b>尿意</b> (有 無 時々) _____ <b>便意</b> (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	<b>褥瘡</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位・処置内容 _____ <b>エアマットの使用</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <b>体圧分散マットレスの使用</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <b>吸引</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 頻度 _____ <b>気切</b> <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	<b>危険行動</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 状況 _____ <b>抑制</b> <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 <b>センサーマット使用</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <b>言語障害</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <b>理解度</b> <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <b>認知症</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 行動・心理症状 _____ <b>認知症の内服</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 処方内容 _____ <b>夜間睡眠</b> <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → 対応状況 _____ <b>その他の精神症状等</b> _____ <b>ナースコール使用</b> <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	<b>薬剤</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <b>食品</b> <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 ( / )