

療養病棟ADL確認票

年 月 日

新生会第一病院 地域連携室 宛
FAX番号 052-808-3242(直通)

医療機関名等
担当者名
TEL・FAX

フリガナ

患者氏名 (男・女) M T S H 年 月 日生(歳)

感染症	HCV抗体 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 HBs抗原 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 TPHA <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 MRSA <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 MRSA部位 { <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿または便 <input type="checkbox"/> その他() その他感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
処置	(現在実施されている処置を全て選択して下さい) <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 皮膚科軟膏処置 <input type="checkbox"/> 消炎鎮痛等処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開あり <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> その他()
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・大きさ)
移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 不可
食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助が必要(一部・全) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう)
排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助が必要(一部・全) <input type="checkbox"/> オムツ使用
清潔	<input type="checkbox"/> 自分で入浴、洗顔ができる <input type="checkbox"/> 入浴介助が必要 <input type="checkbox"/> 洗顔、口腔ケアが必要
意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 少し困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 不可
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡等使用
精神状態	<input type="checkbox"/> ほぼ平穏 <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 昏睡状態
記憶	<input type="checkbox"/> 特に異常なし <input type="checkbox"/> 高度な記憶のみ障害 <input type="checkbox"/> 食事など短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 所持品の記憶障害 <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 暴力的行為、発言
日常生活自立度	障害老人 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 痴呆性老人 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
将来の希望	<input type="checkbox"/> 1年以上の入院療養を希望 <input type="checkbox"/> ある期間療養後、在宅介護を希望 <input type="checkbox"/> ある期間療養後、施設入所を希望 <input type="checkbox"/> 未定のため相談を希望 <input type="checkbox"/> その他()
その他	食種 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ()食 主食 <input type="checkbox"/> 御飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 7分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> うす切り <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> ミキサー 食事摂取量 ()