

— 塩竈市立病院 A D L 確認表 —

令和4年5月1日現在

ふりがな			男	大正 ・ 昭和 ・ 平成			身長	cm	
氏名		様	女	年	月	日生	歳	体重 kg	
キーパーソン	①	様	続柄	緊急連絡先※24時間可能な連絡先					
					世帯	同・別			
②	様	続柄	緊急連絡先※24時間可能な連絡先						
					世帯	同・別			
住居環境		<input type="checkbox"/> 持ち家 (戸建・集合住宅)		<input type="checkbox"/> 賃貸 (戸建・集合住宅) →エレベーター 有・無			<input type="checkbox"/> その他		
障害手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		身障 () 療育 () 精神 () 難病 () その他 ()					
入院目的		<input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 看取り		<input type="checkbox"/> 治療継続 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> リハビリ		<input type="checkbox"/> 在宅導入	
看取りの場合 (D N A R の確認)				<input type="checkbox"/> 本人済		<input type="checkbox"/> 本人未		<input type="checkbox"/> 家族済 <input type="checkbox"/> 家族未	
退院先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設		施設名→				<input type="checkbox"/> 未	
喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		歳～ 本/日		以前吸っていた 歳～ 本/日			
飲酒		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		種類：日本酒・焼酎・酎ハイ・ウイスキー				ℓ 本/日	
服薬中の薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
特定疾患		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		疾患名→					
内服の管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理		<input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> その他			
転倒転落歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→					
介護情報		<input type="checkbox"/> 申請済み		<input type="checkbox"/> 申請中 (月 日 申請)		<input type="checkbox"/> 変更中		<input type="checkbox"/> 申請未	
		<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4	
		<input type="checkbox"/> 要介護5		事業所名				担当 CM	
日常生活動作の状態	食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他		
	入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他		
	衣類着脱		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他		
	整容		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他		
	排泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> カテーテル () F r /挿入						
	移動動作		ベッド上の動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明		
		車椅子への移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明			
		歩行		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明			
栄養・代謝	食欲		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		摂取時間		<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則		
	食事形態		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥		<input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜		<input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> 制限食 kcal		
	義歯の使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ (総 ・ 部分) 義歯の管理 (自己管理 ・ 他者管理)				
	アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→薬剤 (薬剤名：) 食物 (食物名：) その他 ()				
	皮膚の問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 湿潤 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排便		便回数		回/日		症状		→ <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 有形普通便 <input type="checkbox"/> 硬便
		使用薬剤		→ <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 止痢剤 (薬剤名：)					

	排便	最終排便	月	日	人工肛門有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→部位 →種類
	排尿	尿回数	回/日	夜間排尿数	回	性状	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 排尿遅延	<input type="checkbox"/> 尿意急迫
睡眠	睡眠時間	就寝時間	時	～	起床時間	時	睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →		
		睡眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→薬剤名				
認知・知覚	意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明	<input type="checkbox"/> 障害有	<input type="checkbox"/> JCS					
	見当識障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：					
	触覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：					
	味覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：					
	嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：					
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態： 補聴器 → 有 ・ 無					
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：					
	知覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：					
	その他	<input type="checkbox"/> しびれ（部位： ）		<input type="checkbox"/> 麻痺（部位： ）		<input type="checkbox"/> 知覚鈍麻（ ）			
	認知障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 行動障害・徘徊	<input type="checkbox"/> 理解力低下	<input type="checkbox"/> 注意力低下	<input type="checkbox"/> 判断力低下	<input type="checkbox"/> 介護抵抗
<input type="checkbox"/> せん妄		<input type="checkbox"/> 行動障害・徘徊		<input type="checkbox"/> その他 →					
	褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（部位： 大きさ： 処置： ）					
	痰の吸引	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（ 回/日）					
	酸素	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（ ℓ/分 マスク ・ カメラ ）					
	麻薬管理	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（薬品名： 投与時間）					
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（ ）					
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（チューブのサイズ 交換予定日： 年 月 日）					
	インスリン	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→（薬品名： 単位： ）					
	その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→					

【退院支援関係】

退院支援関係	経緯								
	申し込み施設	施設名				施設申込日	年	月	日頃
		施設入所予定	年	月	日頃	施設担当者名			
	完支援担当者					施設連絡先			
				担当連絡先					

◆自由記載（気になる点・お願いしたい点等ご自由にご記載ください）

塩竈市立病院
〒985-0054 宮城県塩竈市香津町7番1号
電話：022-364-5521（病院代表）
FAX：022-364-5529（病院代表）
電話・FAX：022-361-7217（地域医療連携室直通）
※ADL表は地域医療連携室までFAX願います。