

# 医療情報・ADL確認情報表

様 ( 男 女 ) 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳)

キーパーソン \_\_\_\_\_ 入院日 年 月 日 担当Dr \_\_\_\_\_ ムンテラ日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

栄養	食 事	常食・( 分)粥・きざみ食・ペースト食・副食( )			治療食	有・無	( )		
	摂取方法	自立・見守り・一部介助・全介助		特記事項					
	経管栄養	鼻腔	胃ろう	腸ろう	栄養剤	水分			
	その他	IVH・(内容 ポート(鼠径部・鎖骨下) DIV ( ) その他( )							
日常生活援助	尿 意	有・無	特 記	便 意	有・無	特 記			
	トイレ・PTイレ・尿器・オムツ・リハパンツ・バルーン留置・ストマ・その他( )								
	介助方法	自立・車いす・一部介助・全介助			具体的に				
	洗 面	自立・見守り・一部介助・全介助			入 浴	シャワー浴・機械浴・その他			
	更 衣	自立・部分介助・全介助			寝返り	可能・一部介助・不可能			
	移 動	自立・車いす・一部介助・全介助			移 乗	自立・見守り・一部・全介助			
	立 位	可能・介助で可能・不可能			座 位	可能( 時間)・不可能			
日中生活							自由生活・車いす上・床・拘束(具体的に )	車いす座位	( )
身体状況	麻 痺	有・無	右/左片麻痺・四肢麻痺・拘縮( )・その他( )						
	言語障害	有・無	具体的に		聴力障害	有・無	具体的に		
	視力障害	有・無	具体的に		リハビリ実施状況		PT・OT・ST		
	身 長	cm	体 重	kg	体 格	瘦せ形・大柄・筋肉質・小柄・その他			
精神状況	意識障害	有・無	JCS・GCS		ナースコール	押せる・押せない・工夫有			
	理解力	有・無	認知症	有・無( )					
	コミュニケーション	可・サイン・不可・その他( )							
	精神状態	記銘力障害 見当識障害 意欲低下 せん妄 昼夜逆転 独語 大声 徘徊 不潔行為 不穩 転倒リスク 介護抵抗・暴言・暴力							
医療情報	感染症	HB抗原( ) HCV( ) HIV( ) W氏( ) MRSA( ) MDRP( ) その他( )							
	内 服	有・無	自己管理・声かけ必要・一週間ボックス等使用・看護師管理						
	インスリン	有・無	内容: 朝 単位・昼 単位・夕 単位・夜 単位						
	血糖測定	有( 回)・無	管理などその他						
	気管切開	有・無	吸 引	有・無		酸 素	有・無		
				回/ 時間			ℓ/分(マスク・カスラ)		
	その他 種類(Fr ) 最終交換日 月 日								
褥 瘡	有・無	部位・大きさ・深さ・処置内容等							
今後の方向性	在宅 転院(リハビリ・継続) 施設(老健: 有料老人ホーム: ) 未定								
保険種別	医療(国保・社保) その他( ) 後期高齢者(1割・3割) 本人・家族								
	生活保護(担当: ) 労災								
介護保険	介護度( )・未申請・申請中・区分変更中								
延 命	輸血承諾書	有・無	手術承諾書	有・無	身体拘束	有・無	治療協議書	有・無	
その他 コメント									
医療区分 評価	— 医療法人 鴻仁会 上の原病院 〒309-1226 茨城県桜川市上の原地新田159-2 TEL 0296(75)3128 FAX 0296(75)3672								

記載者 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 年 月 日