

ブラッドアクセスセンターADL表

年 月 日

患者様氏名(ふりがな) 様		住所	
生年月日 ☐ T ☐ S ☐ H 年 月 日 歳 ☐ 男 ☐ 女		TEL	
キーパーソン(ふりがな) 様		住所	
続柄		TEL 携帯	
入院(転院)理由		今後の方向性	
家族構成	医療保険 ☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 生保 ☐ 労災 ☐ 公費 介護保険 ☐ 有 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 居宅: 担当CM: 連絡先: ☐ 無 申請中(申請日) 身障手帳 ☐ 有 級 ☐ 無 特疾給付 ☐ 有 ☐ 無		
生活(ADL)の状況			
① 移動: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助(☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり) 身長(cm) ☐ 体重(kg) ()			
② 食事: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ 鼻注 ☐ 胃ロウ) 食事量() カロリー数() 経口摂取:主食() 副食() 補食() 経管栄養:注入内容() × 回 ・白湯 × 回			
③ 排泄: ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ ポータブル ☐ 尿便器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ Ba ☐ 導尿 ()			
④ 麻痺: ☐ 無し ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢			
⑤ 認知: ☐ 無し ☐ 有り [☐ 独語 ☐ 不穏 ☐ せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 介護抵抗]			
⑥ 理解力: ☐ 普通 ☐ 年相応レベル ☐ やや障害 ☐ 障害			
⑦ 会話: ☐ 普通 ☐ 年相応レベル ☐ やや障害 ☐ 障害			
⑧ 医療処置: ☐ 透析 [☐ 月・水・金 ☐ 火・木・土 ☐ その他] 透析時間 時間 ・最終透析日(月 日) ☐ 褥創() ☐ 点滴 ☐ IVH ☐ 吸入 ☐ 吸引(回/日) ☐ 酸素 ☐ 人工呼吸器 ☐ 血糖チェック() ☐ インシュリン注射(☐ 自己注射可 ☐ 不可) ☐ 人工肛門 ()			
⑨ 薬剤アレルギー: ☐ 無し ☐ 有り ()			
⑩ その他: 入浴方法: ☐ 自立 ☐ シャワー浴 ☐ ストレッチャー ☐ 清拭のみ			
備考 ・差額室料負担: ☐ 可 (円/日まで) ☐ 不可 記入者			
ブラッドアクセスセンター直通電話:075(594)8015 洛和会音羽病院 地域連携課 FAX:075(593)4160			