

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	M・T・S	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 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公費 介護保険 <input type="checkbox"/> 有 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 居宅: _____ 担当CM: _____ 連絡先: _____ <input type="checkbox"/> 無 申請中(申請日 _____) 身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 _____ 級 <input type="checkbox"/> 無 特疾給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 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 洛和会首羽病院 地域連携課 FAX: 075(593)4160			