

記載者氏名：
職 種：

病院・施設名：

氏名	様	男	明治・大正・昭和			記入日
		女	年	月	日(歳)	

医療行為		DNR 済・未	
看取り希望	なし・あり ()		
褥瘡	なし・あり (大きさ・部位: 処置内容:)		
気管切開	なし・あり ()		
点滴	なし・あり (種類: 1日: /ml 回/日)		
中心静脈	なし・あり ()		
酸素	なし・あり (流量: ℓ/分)		
吸引	なし・あり (頻度: 日中 回・夜間 回 少量・中等度・多量)		
CPAP	なし・あり (種類:)		
ストマ	なし・あり (形状:)		
導尿	なし・あり (頻度:)		
フォーレ	なし・あり (Fr. 尿量: 交換頻度: 1M・2W 交換: Dr.: Ns)		
胃ろう	なし・あり (内容: 量:)		
経鼻	なし・あり ()		
インスリン	なし・あり (自己注射 / 介助必要) (単位数: 朝 昼 夕 寝る前)		
末期癌	なし・あり ()		
医療用麻薬	なし・あり ()		
腹膜透析	なし・あり ()		
点眼	なし・あり (点眼薬内容:)		
軟膏処置	なし・あり (処置内容:)		
感染症	なし・あり ()		
貼布薬	なし・あり ()		
内服	できる・渡せば飲める・できない		

既往歴			
病名	時期	病院名	現状
	年		治癒・治療中・経過観察
	年		治癒・治療中・経過観察
	年		治癒・治療中・経過観察
	年		治癒・治療中・経過観察

現病歴			
病名	時期	病院名	現状
	年		完治・治療中・経過観察
	年		完治・治療中・経過観察
	年		完治・治療中・経過観察
	年		完治・治療中・経過観察

入院中の経過(入院している場合のみ)

--

ADL・医療 確認シート ②

様

ADL	身長	体重	血圧	脈拍	SPO2
移動	<input type="checkbox"/> 独歩・杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子(標準・リクライニング) <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> 転倒歴有(場面・頻度・予防法等)				
	特記				
麻痺	なし・あり 完全麻痺/不全麻痺(Br/s:) (部位:)				
拘縮	左	なし・あり 関節名: 肩・肘・手・指・股・膝・足・その他()			
	右	なし・あり 関節名: 肩・肘・手・指・股・膝・足・その他()			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 1人介助 <input type="checkbox"/> 2人介助				
	特記				
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット				
	特記				
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> 人工肛門			
	回	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> オープン <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット)			
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> 人工肛門			
	回	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> オープン <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット)			
特記					
入浴	<input type="checkbox"/> 個別・介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴(チェアイン・リフト) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭				
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	特記				
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	特記				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングにて自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト		摂取量:		
	副食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト		摂取量:		
	療養食	なし・あり (内容:)	アレルギー	なし・あり ()	
	咀嚼困難	なし・あり	むせ込み	なし・あり	
	トロミ	なし・あり (薄・中間・濃)	水分制限	なし・あり ()	
	禁止食品	なし・あり ()	自助具	なし・あり ()	
特記					
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	義歯	あり・なし 総義歯 / 一部義歯			
特記					
精神症状	<input type="checkbox"/> 精神症状あり(詳細は下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> 精神症状なし				
	物忘れ・異食・徘徊・不潔行為・放尿・作話・妄想・収集癖・幻視・幻聴・暴言				
	暴行・その他()				
	詳細: 対応方法等:				
指示入り	良・曖昧・不良 (詳細:)				
意思表示	良・曖昧・不良 (詳細:)				
抑制	あり・なし (体幹・四肢・ベッド柵・車椅子安全ベルト・センサーマット・つなぎ・ミトン)				
	理由・詳細				
夜間の様子	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 日により波あり <input type="checkbox"/> 不眠(<input type="checkbox"/> 眠剤あり)				
	理由・詳細				
視覚	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 障害有(左・右)				
	特記				
聴覚	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 障害有(左・右)				
	特記				
言語	<input type="checkbox"/> 失語症() <input type="checkbox"/> その他()				
	特記				
備考					