

ADL・医療 確認シート ①

グランカーム黒埼宛 FAX : 025-256-8215

病院・施設名:

記載者氏名:

職 種 :

氏名	様	男	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	記入日 /
		女		

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		
その他			

既往歴			
病名	時期	病院名	現状
	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

現在までの経過