

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)			
医療用麻薬	なし・あり ()			
ペースメーカー	なし・あり (電池寿命・交換時期: □遠隔管理 □外来受診 /)			
点眼	なし・あり (点眼薬内容:)			
皮膚疾患	なし・あり (処置内容:)			
創傷処置	なし・あり (処置内容:)			
貼布薬	なし・あり ()			
内服	できる・渡せば飲める・口の中に入れる・できない・その他			
感染症	なし・あり (MRSA・疥癬・HCV・HBs・その他:)			
NSコール	押せる・押せない			

バイタル等	身長	体重	体温	血圧 /	脈拍	SPO2
-------	----	----	----	------	----	------

備考