

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 | | | |