

ADL・看護情報確認表

2022年10月静岡県西部リハビリテーション病院会作成

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月	日 (才)
主疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()					
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法(ℓ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸療法() <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 創傷・褥瘡(部位:) 処置:) <input type="checkbox"/> その他()					
身体状況	身長: cm		体重: kg			
	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症					
食事内容	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	総カロリー数: Kcal					
	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 重湯ゼリー <input type="checkbox"/> その他()		副食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食4(軟菜食) <input type="checkbox"/> 嚥下調整食3(トロミ付きざみ) <input type="checkbox"/> 嚥下調整食2(ミキサー・ペースト食) <input type="checkbox"/> 嚥下調整食1(ゼリー食)			
	<input type="checkbox"/> 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間とろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ)					
排泄	<input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 (経管栄養開始日:) <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (内容・1日量:)					
	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 (1日: 回)					
移動手段	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行 (補助具:)					
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
立ち上がり～移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
指示	<input type="checkbox"/> 入る <input type="checkbox"/> 入らない <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他()					
リハビリの実施	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST					
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()					
抑制状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ミン・上肢拘束 <input type="checkbox"/> 胸抑制 <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> 離床センサー					
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他)					
家族構成	キーパーソン ()					
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(訪問調査予定日:) <input type="checkbox"/> 未申請					
ケアマネジャー	事業所名: 担当者:					
福祉サービス						
リハビリ病院等 退院後の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他()					
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 疾患名 ()					
注射	<input type="checkbox"/> エリスロポエチン製剤() <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症薬() <input type="checkbox"/> その他()					
転院後受診の必要性	<input type="checkbox"/> 必要無 <input type="checkbox"/> 必要有 <input type="checkbox"/> 定期受診(<input type="checkbox"/> 2週間 <input type="checkbox"/> 1ヶ月後 <input type="checkbox"/> 2ヶ月後 <input type="checkbox"/> その他)					