

ADL票（患者情報シート）

作成日： 年 月 日

亀田総合病院 地域医療連携室 宛

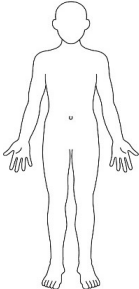
TEL:04-7099-1261

FAX:04-7099-1231

病院名：

担当者：

連絡先：

フリガナ		性別		生年月日	
名前 (歳)		男 女		T S H R 年 月 日	
病名					
入院目的		☐ 手術 ☐ 精査 ☐ 加療 ☐ その他 ()			
保険		☐ 社会保険 ☐ 国民保険 ☐ 後期高齢者 (☐ 1割 ☐ 2割) ☐ 生活保護 ☐ 無保険			
意識レベル		JCS：清明・I- (1・2・3) II- (10・20・30) III桁以上		ナースコール： ☐ 押せる ・ ☐ 押せない	
食事		☐ 絶食 ☐ 経口摂取： ☐ 常食 ☐ 治療食 (種類；) (形態；)			
		☐ 飲水のみ可 ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ IVH ☐ 末梢点滴 ☐ その他 ()			
排泄		☐ 自立 ☐ 介助 ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ おむつ ☐ 留置カテーテル ☐ その他 ()			
透析		☐ なし ☐ あり (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) ☐ 病室透析 (移動困難)			
移動		☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー ☐ その他 ()			
移乗		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 全介助		麻痺状態	
認知機能		低下： ☐ なし ☐ あり [☐ 軽度 ☐ 中程度 ☐ 重度]			
視力障害		☐ なし ☐ 軽度あり (右・左) ☐ 中程度以上 ☐ 全			
聴力障害		☐ なし ☐ 軽度あり (右・左) ☐ あり：補聴器使用 (あり・なし)			
医療		酸素 [☐ なし/ ☐ あり： L/min ・ 経鼻 / マスク]			
		褥瘡 [☐ なし/ ☐ あり 部位：] / 気管切開 [☐ なし/ ☐ あり：]			
		吸引 [☐ なし/ ☐ あり] ストーマ [☐ なし/ ☐ あり] 胃瘻 [☐ なし/ ☐ あり] 腸瘻 [☐ なし/ ☐ あり]			
問題行動		☐ なし ☐ あり： ☐ 興奮 ☐ 大声 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ せん妄 ☐ 抑うつ ☐ 徘徊 ☐ 自傷			
転倒転落の既往		☐ なし ☐ あり / 転倒転落リスク： ☐ なし ☐ あり / 身体抑制： ☐ なし ☐ あり (一部・全身)			
感染症		☐ なし ☐ あり () (☐ 接触予防策 ☐ 飛沫予防策 ☐ 空気予防策)			
承諾		☐ ご本人/ご家族ともに ☐ ご本人のみ ☐ ご家族のみ 理由 ()			
キーパーソン		氏名： (続柄：) 連絡先電話番号： - -			
部屋希望		第一希望： 個室 ・ 多床室 / 第二希望： 個室 ・ 多床室 / ☐ 個室のみ ☐ 多床室のみ			
進捗状況について		当院からの定期的な連絡を希望： ☐ する ☐ 転院受け入れが決定するまで不要			