

ADL票（患者情報シート）

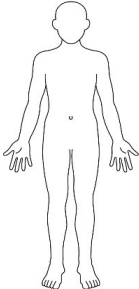
作成日： 年 月 日

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       |  | 身長: cm / 体重: kg / 測定日: 年 月 日                          |  |                    |                                                                                       |
| 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                  |  |                    |                                                                                       |