

入院相談票(ADL票)

記入日 年 月 日

【紹介元医療機関】

医療法人 仁泉会川崎こころ病院

地域医療連携室行

病院

病棟

記入者 (職種:)

FAX: 0224-85-2666 (直通)

TEL: 0224-84-6660 (直通)

フリガナ				性別	☐ 男 ☐ 女	身長		体重	
氏名							cm		kg
既往歴				処方	☐ 処方箋添付のため省略				
				点滴	☐ 無 ☐ 有 ()				
				注射	☐ 無 ☐ 有 ()				
日常生活機能評価表				インスリン	☐ 無 ☐ 有 ()				
現在のADL	0点	1点	2点	経管栄養	☐ 無 ☐ 有 (経鼻 ・ 胃瘻 ・ その他 ())				
床上安静の指示	なし	あり		喀痰吸引	☐ 無 ☐ 有 (回数1日 回)				
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		酸素	☐ 無 ☐ 有 (/ 分)				
寝返り	できる	なにかにつかまればできる	できない	SpO2	(%)				
起き上がり	できる	できない		留置カテーテル	☐ 無 ☐ 有 ()				
座位保持	できる	支えがあればできる	できない	輸血	☐ 無 ☐ 有 ()				
移乗	できる	見守り 介助必要	できない	人工肛門	☐ 無 ☐ 有 (自己管理 ・ 看護師管理)				
移動方法	介助不要	介助必要		転倒・転落リスク	☐ 無 ☐ 有 (体幹 ベル ・ セン ・ センサー マット)				
口腔清潔	できる	できない		耐圧分散マットレス	☐ 無 ☐ 有 (エアマット ・ 除圧マット)				
食事の摂取	介助なし	一部介助	全介助	アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()				
衣服の他着脱	介助なし	一部介助	全介助	褥瘡	☐ 無 ☐ 有 (部位: 臀部、大きさ ×)				
他者への意思の伝達	できる	できない ときもある	できない	感染症	☐ 無 ☐ 有 (HBsAg・HCVAb・STS・TPHA・MRSA)				
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ		MMSE	☐ 無 ☐ 有 (点)				
危険行為	なし	ある		精神疾患の有無	☐ 無 ☐ 有 ()				
入院中の他科フォロー	☐ 無 ☐ 有 (科)			排泄	☐ トイレ誘導 (自立 ・ 介助) ☐ オムツ				
問題行動等	☐ なし ☐ 物忘れ ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 介護抵抗 ☐ 異食 ☐ 拒食 ☐ 過食 ☐ その他 ()								
食事	【主食】 ☐ ご飯 ☐ 軟飯 ☐ お粥 ☐ 嚥下食 ☐ その他 ()								
	【副食】 ☐ 常食 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ ミキサー食 ☐ とろみ ☐ その他 ()								
	【制限】 ☐ 無 ☐ 有 (食) (kcal) (塩分 g) (蛋白質 g) (その他)								
	【摂取量】 ☐ 主食 () 割 副食 () 割								
かかりつけ医				他科受診予定	☐ 無 ☐ 有 ()				
家族構成				キーパーソン	氏名 (続柄)				
					連絡先				
					住所 市 ・ 町				
介護保険	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								