

# — 塩竈市立病院 A D L 確認表 —

令和 年 月 日 記載

ふりがな		男	大正 ・ 昭和 ・ 平成			身長	cm	
氏名		様	女	年	月	日生	歳	
キーパーソン	①	様	続柄	緊急連絡先※24時間可能な連絡先			世帯	同・別
	②	様	続柄	緊急連絡先※24時間可能な連絡先			世帯	同・別
住居環境		<input type="checkbox"/> 持ち家 → 戸建 ・ 集合住宅 (エレベータ: 有 ・ 無)					<input type="checkbox"/> その他	
障害手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身障 ( ) 療育 ( ) 精神 ( ) 難病 ( ) その他 ( )						
特定疾患		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疾患名 →						
介護情報		<input type="checkbox"/> 申請済 認定調査 ( 月 日 )			<input type="checkbox"/> 区分変更中		<input type="checkbox"/> 未申請	
		<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	担当ケアマネ	事業所名			
		<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5		
退院先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設名 →					<input type="checkbox"/> 未	
入院目的		<input type="checkbox"/> 加療		<input type="checkbox"/> 治療継続	<input type="checkbox"/> リハビリ		<input type="checkbox"/> 在宅導入	
		<input type="checkbox"/> 看取り		<input type="checkbox"/> その他				
看取りの場合 (D N A R の確認)				<input type="checkbox"/> 本人済	<input type="checkbox"/> 本人未	<input type="checkbox"/> 家族済	<input type="checkbox"/> 家族未	
喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歳 ~ 本/日 以前吸っていた 歳 ~ 本/日						
飲酒		飲酒日の1日当たりの飲酒量 mℓ 本/日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 清酒1合 (180mℓ) の目安: ビール中瓶1本 (500mℓ)、焼酎35度 (80mℓ)、ウイスキーダブル杯 (60mℓ)、ワイン2杯 (240mℓ)						
服薬中の薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
内服の管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他						
転倒転落歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →						
日常生活動作の状態	ナースコール		<input type="checkbox"/> 押せる			<input type="checkbox"/> 押せない		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他		
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> カテーテル ( ) F r /挿入 抜去 → ( 可能 ・ 不可能 )			
	移動動作	ベッド上の動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明		
車椅子への移動		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明			
歩行		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明			
栄養・代謝	食欲	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 制限食 Kcal		<input type="checkbox"/> 糖尿病食 Kcal		
				<input type="checkbox"/> 減塩食 g/日		<input type="checkbox"/> その他		
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> とろみ ( 無 ・ 有 )		
		おかず	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー	
		嚥下機能	むせ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	とろみ剤の使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → ( 総 ・ 部分 ) 義歯の管理 ( 自己管理 ・ 他者管理 )					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 薬剤 ( ) 食物 ( ) その他 ( )					
	皮膚の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 湿潤 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
排便	便回数	回/日		性状	<input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 有形普通便 <input type="checkbox"/> 硬便			
	使用薬剤	<input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 止痢剤 (薬剤名: )						
	最終排便	月	日	人工肛門有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→ 部位 → 種類		

	排尿	尿回数	回/日	夜間排尿数	回	症状	<input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿遅延 <input type="checkbox"/> 尿意急迫
							<input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 残尿感
睡眠	睡眠時間	起床時間	時	就寝時間	時	睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →
		睡眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→薬剤名			
認知・知覚	意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明	<input type="checkbox"/> 障害有	<input type="checkbox"/> JCS			
	見当識障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：			
	触覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：			
	味覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：			
	嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：			
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態： 補聴器 → 有 ・ 無			
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：			
	知覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	状態：			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位：		その他	
	認知障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 理解力低下	<input type="checkbox"/> 注意力低下	<input type="checkbox"/> 判断力低下	<input type="checkbox"/> 介護抵抗
		<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 行動障害・徘徊		<input type="checkbox"/> その他 →		
障害高齢者 常生活自立度	自立	J (1・2)	A (1・2)	B (1・2)	C (1・2)		
身体拘束	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位と手段：				
医療処置	褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ (部位： 大きさ： 処置： )			
	痰の吸引	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ ( 回/日)			
	酸素	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ ( ℓ/分 マスク ・ カヌラ )			
	麻薬管理	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ (薬品名： 投与時間 )			
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ ( )			
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ (チューブのサイズ 交換予定日： 年 月 日)			
	インスリン	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ (薬品名： 単位： )			
	その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→			
リハビリ情報	リハビリ算定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	算定病病名				
	起算日	年 月 日	算定区分		<input type="checkbox"/> 心大血管疾患		
	算定日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 脳血管疾患		
			<input type="checkbox"/> 廃用症候群				
		<input type="checkbox"/> 運動器疾患					
		<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患					

【退院支援関係】

退院支援関係	経緯					
	申し込み施設	施設名			施設申込日	年 月 日頃
		施設入所予定	年 月 日頃	施設担当者名		
		施設連絡先				
	退院支援担当者			担当連絡先		

◆自由記載 (気になる点・お願いしたい点等ご自由にご記載ください)

※ADL表は地域医療連携室までFAX願います。

塩竈市立病院 〒985-0054 宮城県塩竈市香津町7番1号

電話：022-364-5521 (代) FAX：022-364-5529 (代)

電話・FAX：022-361-7217 (地域医療連携室直通)

令和4年5月作成 令和8年4月改訂