― 塩竈市立病院ＡＤＬ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	体重	kg
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	☐ 持ち家（戸建・集合住宅）	☐ 賃貸（戸建・集合住宅）➡エレベーター　有・無			☐ その他	
障害手帳	☐ 無	☐ 有　身障（　）　療育（　）　精神（　）　難病（　）その他（　）				
入院目的	☐ 加療	☐ 治療継続	☐ リハビリ	☐ 在宅導入		
	☐ 看取り	☐ その他				
看取りの場合（ＤＮＡＲの確認）	☐ 本人済	☐ 本人未	☐ 家族済	☐ 家族未		
退院先	☐ 自宅	☐ 施設　施設名➡			☐ 未	
喫煙	☐ 無	☐ 有　歳～　本/日　以前吸っていた　歳～　本/日				
飲酒	☐ 無	☐ 有　種類：日本酒・焼酎・酎ハイ・ウイスキー　ℓ　本/日				
服薬中の薬	☐ 無	☐ 有				
特定疾患	☐ 無	☐ 有　疾患名➡				
内服の管理	☐ 自己管理	☐ 家族管理	☐ 看護師	☐ その他		
転倒転落歴	☐ 無	☐ 有　➡				
介護情報	☐ 申請済み	☐ 申請中（　月　日　申請）	☐ 変更中	☐ 申請未		
	☐ 要支援1	☐ 要支援2	☐ 要介護1	☐ 要介護2	☐ 要介護3	☐ 要介護4
	☐ 要介護5	事業所名		担当ＣＭ		

日常生活動作の状態	食事	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	☐ その他
	入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	☐ その他
	衣類着脱	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	☐ その他
	整容	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	☐ その他
	排泄	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	☐ その他
		☐トイレ　☐オムツ　☐ポータブルトイレ　☐カテーテル（　）Ｆｒ　/挿入				
	移動動作	ベッド上の動作	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明
		車椅子への移動	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明
		歩行	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明

栄養・代謝	食欲	☐ 有	☐ 無	摂取時間	☐ 規則的	☐ 不規則	
	食事形態	☐ 普通食	☐ 全粥	☐ ミキサー食	☐ 軟菜	☐ とろみ付	☐ 制限食 kcal
	義歯の使用	☐ 無	☐ 有　➡（ 総 ・ 部分 ）義歯の管理（ 自己管理 ・ 他者管理 ）				
	アレルギー	☐ 無	☐ 有　➡薬剤（薬剤名：　）食物（食物名：　）その他（　）				
	皮膚の問題	☐ 無	☐ 有　➡	☐乾燥　☐湿潤　☐浮腫　☐黄疸　☐アトピー　☐湿疹　☐皮膚炎 ☐褥瘡　☐創傷　☐その他（　）			
	排便	便回数	回/日	症状	➡☐水様便　☐泥状便　☐軟便　☐有形普通便　☐硬便		
		使用薬剤	➡☐浣腸　☐下剤　☐坐薬　☐止痢剤　（薬剤名：　）				
		最終排便	月　日	人工肛門有無	☐ 無	☐ 有	➡部位 ➡種類

	排尿	尿回数	回/日	夜間排尿数	回	性状	□ 頻尿　□ 排尿遅延　□ 尿意急迫 □ 排尿時痛　□ 尿失禁　□ 残尿感
睡眠	睡眠時間	就寝時間	時 ～	起床時間	時	睡眠障害	□ 無　□ 有 ➡
		睡眠剤の使用	□ 無	□ 有 ➡薬剤名			

認知・知覚	意識レベル	□ 清明	□ 障害有	□ ＪＣＳ			
	見当識障害	□ 無	□ 有	状態：			
	触覚障害	□ 無	□ 有	状態：			
	味覚障害	□ 無	□ 有	状態：			
	嗅覚障害	□ 無	□ 有	状態：			
	聴力障害	□ 無	□ 有	状態：　補聴器➡ 有 ・ 無			
	視力障害	□ 無	□ 有	状態：			
	知覚障害	□ 無	□ 有	状態：			
	その他	□ しびれ（部位：　）	□ 麻痺（部位：　）	□ 知覚鈍麻（　）			
	認知障害	□ 無	□ 認知症	□ 理解力低下	□ 注意力低下	□ 判断力低下	□ 介護抵抗
		□ せん妄	□ 行動障害・徘徊	□ その他 ➡			
	褥瘡処置	□ 無	□ 有	➡（部位：　大きさ：　処置：　）			
	痰の吸引	□ 無	□ 有	➡（　回/日）			
	酸素	□ 無	□ 有	➡（　ℓ/分　マスク ・ カヌラ ）			
	麻薬管理	□ 無	□ 有	➡（薬品名：　投与時間　）			
	ペースメーカー	□ 無	□ 有	➡（　）			
	気管切開	□ 無	□ 有	➡（チューブのサイズ　交換予定日：　年　月　日）			
	インスリン	□ 無	□ 有	➡（薬品名：　単位：　）			
	その他	□ 無	□ 有	➡			

【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）

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（病院代表）

ＦＡＸ：022-364-5529（病院代表）

電話・ＦＡＸ：022-361-7217（地域医療連携室直通）

※ＡＤＬ表は地域医療連携室までＦＡＸ願います。

令和4年5月作成　令和7年5月改訂