

A D L 状 況 等

作成日：平成 年 月 日

患者氏名	様	男性	女性
生年月日	M.T.S.H. 年 月 日	歳	
患者住所	電話 (- -)		

連絡先氏名	様	続柄 ()	
連絡先住所	電話 (- -)		
	携帯 (- -)		

	入院中の状況	特記事項
疾病の状態	主病名	感染症等 肝炎ウイルス HBs抗原 () HCV- () その他
	主症状	
	既往歴	
	服薬状況	
食 事	動作	自立 一部介助 介助 経管栄養 胃瘻 (PEG)
	食事内容 ペースト 刻み ソフト食 普通 流動食 (一回量 / 回/日)	次回交換予定日 年 月 日頃 制限 塩分 g/日 摂取カロリー制限 KCal 水分制限 m/日 食材等の制限
口 腔 ケ ア	自立 一部介助 介助 その他	介助への協力： 有り 無し その他
移 動	自立 一部介助 介助 その他(見守り・手引き・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー・他)	転倒の危険： 大きい 小さい 無し 独自の方法
入 浴	自立 一部介助 介助 不可 その他(シャワー、清拭、)	最終日 年 月 日 入浴 シャワー 清拭 その他
排 泄	自立 見守り 介助 不可 オムツの使用状況： 常時 夜間のみ 誘導： 時間毎 () 尿留置カテーテル： Fr m カフ ストマー (膀胱 腸)	尿回数 回/日 尿量(概ねの一日量) m/日 便回数 回/日 便性 便秘傾向 下痢 その他() カテーテル交換予定日 年 月 日頃
夜間の状態	良眠 不眠傾向 昼夜逆転 断眠がち 不穏	睡眠薬の使用 無し 有り
療 養 上 で 留 意 す る 事 項	意思の疎通 伝えられる いくらか困難 伝えられない 行 動 暴言 暴行 幻視 幻聴 妄想 徘徊 異色行動 不潔行動 火の不始末 介護への抵抗 麻 痺 等 無し 有り 上肢： 左 右 下肢： 左 右 四肢 その他 () 言語障害 無し 有り () 聴力障害 無し 有り 補聴器の使用 無し 有り () 視力障害 無し 有り () ペースメーカーの挿入 有り 次回点検日 年 月頃 不明 インスリンの使用 自己注射 可能 不可能(代行できる家族：) 在宅酸素 終日 夜間のみ 適時 そ の 他	