

ADL情報提供書 患者氏名 様

日常生活の状況についてお尋ねします。

該当項目に○印をお付けください。

記載者（職種） (主治医・看護師・PT・OT・介護士・その他)

作成 年 月 日

連携バス有無	有 ・ 無 (長野脳卒中連携バス ・ 信州脳卒中連携バス)
現在の医療状況	人工呼吸器 あり・なし 酸素療法 あり・なし () 24時間持続点滴 あり・なし 喀痰吸引 あり・なし (1日 回ほど) 中心静脈栄養 あり・なし 悪性新生物に対する治療 あり()・なし 気管切開 あり・なし その他特別な治療 あり()・なし (使用カニューレの種類) インシュリン注射 あり (内容 / 単位数:)・なし
身長・体重	身長 cm / 体重 kg (測定日 年 月 日)
食事	経口摂取: できる・できない むせやすさ: ある・ない 水分トロミ: 必要・不要 摂食: 自立・セッティングのみ必要・見守り必要・一部介助・全介助 食事内容: 普通食・きざみ食・ミキサー食・特別食 (種類:) 経管栄養: 鼻腔・胃ろう (栄養剤の種類: / cal / 水分 ml)
ベット上動作	寝返り: 自立・一部介助・全介助 起き上がり: 自立・一部介助・全介助
移乗動作	ベットから椅子・車椅子への移乗: 自立・見守り・一部介助・全介助
移動動作	移動の種類: 独歩・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー 移動動作: 自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	尿: 自然排尿・膀胱カテーテル・膀胱ろう 尿意: あり・なし 尿失禁: あり・なし 便: 自然排便・人工肛門 便意: あり・なし 便失禁: あり・なし 排泄方法: トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ 排泄動作: 自立・見守り・一部介助・全介助
更衣・整容	自立・見守り・一部介助・全介助
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 ・シャワー浴 ・チェア浴 ・特殊浴 ・清拭のみ
意思の伝達	できる・時々できる・ほとんどできない・できない
認知症	認知症: なし・軽度・中等度・重度・判定不能 認知症の周辺症状: 幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護への抵抗・徘徊・不潔行為 異食行為・性的問題行動・大声をだす・1人で院外へ出る・その他 ()
運動麻痺	麻痺: 軽度 : 中等度 : 重度 (部位 ;)
転倒・転落の危険性	危険性 ・ 危険に対しての理解ができない ・ 移乗不安定 ・ 歩行不安定 ・ 突進歩行 ・ めまい ・ つまずきやすい ・ ふいな立ち上がり ・ 車椅子からのずり落ち ・ てんかん ・ その他 なし・あり
褥瘡	なし・あり (部位:)
身体拘束	なし・あり ・四点柵 ・車椅子Y字ベルト ・ミトン手袋 ・つなぎ服 ・その他 ()
透析	なし・あり
リハビリ	理学・作業・言語リハビリテーション(心大血管・脳血管疾患等・運動器・呼吸器) 起算日 年 月 日
その他特に連絡すべき事項 (問題点もふくめて)	