# ADL表

三宅リハビリテーション病院
地域連携室　行
FAX　(087)831-2108

記入日:　　年　　月　　日

紹介元医療機関　:
担当者　　:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (ふりがな)<br>患者氏名 | | 性別　男　・　女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 主病名 | 受傷日(入院日):　　年　　月　　日 | | | | |
| 術式 | 手術日:　　年　　月　　日 | | | | |
| 既往歴 | | | | | |
| 家族構成 | | キーパーソン | | 部屋希望 | 個室　・　大部屋 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 身長 | cm | 体重 | kg | バイタルサイン | T:　P:　BP:　SpO2: |
| 感染症 | □ あり　(　　)　□ なし | | | アレルギー | □ あり　(　　)　□ なし |
| 麻痺 | □ あり　上肢(右・左)　下肢(右・左)　程度:　□ なし | | | | |
| 拘縮 | □ あり　上肢(右・左)　下肢(右・左)　程度:　□ なし | | | | |
| 言語障害 | □ あり　失語症　・　構音障害　□ なし | | | | |
| 意思疎通 | □ 良好　□ 簡単な会話・指示が理解できる　□ 不可　□ その他　(　　) | | | | |
| 意識レベル | □ クリア　□ Ⅰ　(　1　2　3　)　□ Ⅱ　(　10　20　30　)　□ Ⅲ　(　100　200　300　) | | | | |
| 認知症 | □ あり　程度:　□ なし | | | | |
| 行動障害 | □ あり　程度:　抑制: | | | | |
| 視力障害 | □ あり　□ なし | | | 聴力障害 | □ あり　□ なし |
| 医療処置 | □ あり　内容:　□ なし | | | | |
| 褥瘡 | □ あり　部位:　処置方法:　□ なし | | | | |
| 食事 | □ 自立　□ セッティングのみ　□ 一部介助　□ 全介助　□ 胃管　□ PEG<br>□ 普通食　□ DM食　□ 腎臓食　□ 塩分制限食　□ 肝臓食　□ 流動食　□ 水分トロミ<br>□ 主食　(　全粥　・　軟飯　・　米飯　)　□ 副食　(　軟菜　・　キザミ　・　一口大　・　五分菜　・　ペースト　)<br>経管栄養種類:　摂取量: | | | | |
| 排泄 | □ 自立　□ 一部介助　(　ポータブルトイレ・尿器)　□ 全介助　(　オムツ・尿管　Fr　)<br>□ 尿意(あり・なし)　□ 便意(あり・なし)　□ ストーマ | | | | |
| 入浴 | □ 普通浴　□ シャワー浴　□ 機械浴　□ 清拭 | | | | |
| 移動 | □ 自立　(　杖　・　伝い歩き　・　歩行器　)　□ 要見守り　□ 介助<br>□ 車椅子　(　自走　・　介助　)　□ 移乗　(　自立　・　一部介助　・　全介助　) | | | | |
| 立位 | □ 自立　□ 介助　(　程度:　) | | | | |
| 座位保持 | □ 可能　□ 背もたれあれば可能　□ 不可 | | | | |
| 睡眠 | □ 不眠　睡眠薬の常用　□ あり　(　　)　□ なし | | | | |

| | |
|---|---|
| PT | □ 実施　(　内容:　)　□ 非実施 |
| OT | □ 実施　(　内容:　)　□ 非実施 |
| ST | □ 実施　(　内容:　)　□ 非実施 |
| 荷重制限 | □ あり　(　部位:　制限:　免荷　・　1/3　・　1/2　・　3/4　)　□ なし |
| 摂食機能療法 | □ あり　(　算定日:　年　月　日　)　□ なし |

| | |
|---|---|
| 退院先見込み | □ 自宅　□ 医療機関　□ 介護保険施設　□ 未検討 |
| 介護認定 | □ 済　□ 未　(　居宅介護支援事業所:　担当者:　)<br>□ 要支援　(　1　・　2　)　□ 要介護　(　1　・　2　・　3　・　4　・　5　)<br>サービス内容　(　) |