**稲城市在宅医療支援病床利用　基本情報シート兼ＡＤＬ表**

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

送付先

記入者名（所属）

連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | □男  □女 | | □明治　□大正　□昭和  　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　　歳） | | | | | | | |
| 利用者氏名 | | |  | | | | |
| 住　所 | | | 稲城市  　　建物名 | | | | | | | 電話  番号 | | （　　　　　　） | | | | | |
| 医療保険  医療証 | | | □国保　□高齢　□社保 | 減額証　□有  □不明　□無 | 家族構成 | 氏　名  （介護者に○  キーパーソン◎） | | | | | 続柄 | | | 年齢 | 同居  別居 | | 備　考  職業　連絡先等 |
| □生保　□難病　□ | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |  |
| 介護保険  要介護認定 | | | 要支援　□１、□２　　　　 □事業対象者  要介護　□１、□２、□３、□４、□５  □申請中　□変更申請中　□未申請 | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  |  | |  |
| 障害者手帳 | | | □身体（□肢体　　□視　　□聴　　□内）  □知的　　□精神　　　種　　　級・度  □難病　　（区分　　　） | |
|  |  | | | |  | | |  |  | |  |
| 主治医  連絡先 | | １ | 病・医院名  医師名  電話番号 | | ケアマネ  ジャー | | | | 事業所名  担当者名  電話番号 | | | | | | | | |
| ２ | 病・医院名  医師名  電話番号 | | その他の主な支援者  （訪看Ｓｔ／  地域包括支援センター／  市担当　等） | | | | 事業所名  担当者名  電話番号 | | | | | | | | |
| かかりつけ  歯科 | | | 病・医院名  医師名  電話番号 | | 事業所名  担当者名  電話番号 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |  | | | | | | □男  □女 | | | | 年齢 | | | 続柄 | |
|  | | | | | |  | | |  | |
| 電話  番号 | | 自宅　　　　　　　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　／携帯電話　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

■支援状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 利用サービス  　　　年　　　月　　　日現在 | □在宅診療　　□訪問看護　　□訪問リハ　　□訪問入浴　　□ショートステイ  □ヘルパー　　□通所  □その他　　　　　備考： |
| 課題や今後の方針  特記事項　等 |  |

入院にあたり、障害や介護保険情報等、利用に必要な情報を関係者間に提供することに同意します。

利用者氏名

■生活状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の生活  家族不在時間等 | | 起床（　　　　　　　　　　　）　　　就寝（　　　　　　　　　　　）　　その他特記（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午　前 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 不定期スケジュール  その他 | |  | | | | | | |

■病歴・身体状況等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病歴 |  | | | | | | |
| 身体状況 | 体格 | □痩せ型　　□中肉　　□大柄　　□小柄  　　　　　　　　cm　　　　　　kg | | 生活  動作 | | 寝返り　　　□自立　　□一部介助　　□全介助  起上り　　　□自立　　□一部介助　　□全介助  座位保持　□端座位可　□車いす座位　□不可  移乗　　　　□自立　　□一部介助　　□全介助  立位　　　　□自立　　□一部介助　　□全介助 | |
| 視力 | □ほぼ問題なし　　□大きい字なら可  □問題あり | |
| 聴力 | □ほぼ問題なし　　□大きい声なら可  □問題あり | | 自宅内  移動 | | □自立　　□見守り　　□一部介助　　□全介助  　□杖（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□歩行器　□車いす　□よつばい　□いざり | |
| 麻痺  切断  など | □有　□無  　□右上肢、□左上肢、□右下肢、□左下肢  　□失調・不随意運動 　□その他（　　　　　　） | | 屋外  移動 | | □自立　　□見守り　　□一部介助　　□全介助  　□杖（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□歩行器　□車いす　□電動車いす | |
| 日常生活動作 | 生活範囲 | □外出可能　□自宅内自由　□居室内のみ　□車いす　□寝たり起きたり　□ベッド上 （□エアマット） | | | | | |
| 食事 | □自立　　□見守り・指示　　□一部介助　　□全介助 | | | | | □経管栄養  　□経鼻　　□胃瘻　　□腸瘻  経管栄養剤名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □常食　□軟食　□刻み　□ペースト　□水分とろみ  □義歯あり（□上下　□片方だけ　□部分入歯　□未使用）  （特記）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 排泄 | 尿便意：□有　□無　　　　オムツ等使用：□未使用 □夜間　□常時　　　カテーテルやストーマ：□有　□無 | | | | | |
| 洗面 | □自立　　□見守り・指示　　□一部介助　　□全介助 | | | | | 備考： |
| 更衣 | □自立　　□見守り・指示　　□一部介助　　□全介助 | | | | |
| 入浴 | □自立　　□見守り・指示　　□一部介助　　□全介助 | | | | |
| □自宅浴槽　□シャワー浴　□施設浴　□訪問入浴　□清拭 | | | | |
| 精神状況 | コミュニ  ケーション | | □可　□可も困難あり　□不可　　　　　□サイン　□筆談　□機器利用（補聴器など）  会話：□普通　□少し不自由　□不自由（　　　　　　　）　　　　理解：□年齢相応　□低下　□難 | | | | |
| 認知  精神機能 | | □認知症（□軽度　□重度）　□精神障害　□うつ　□知的障害　□自閉症（　　　　　　　　　） | | | | |
| □徘徊　□暴言・暴行　□大声・奇声　□興奮　□妄想　□幻覚　□不潔行為　□異食  □昼夜逆転　□自傷行為　（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 医療情報 | とこずれ | | □有　□無（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □透析  □インシュリン（　　　　回／日）　処置者：  □血糖測定（　　　　回／日）  □酸素（□外出時のみ　□常時　　　　　　ℓ／分）  □吸引（□頻回　□時々／日　□その他）  □気管切開　　　　　　□人工呼吸器  □ポートの挿入　　　　□ペースメーカー埋め込み  備考： | | |
| 感染症 | | □有　□無（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| アレルギー | | □有　□無　□不明  　□薬物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□食物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 服薬管理 | | □自立　□一部介助　□全介助  **※服薬内容添付** | |