**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** |