

# ADL 確認表

記載日 年 月 日 (担当者名: )

ふりがな		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名			年 月 日 歳
かかりつけ医			
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (要介護 要支援 ) 担当CM ( )		

項目			特記事項
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	1日 ( ) 食 <input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕	経管栄養の内容 朝 ( ) 昼 ( ) 夕 ( ) チューブのサイズ ( ) 交換予定日 ( / )
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	禁止食物 ( )	
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 制限食 ( ) kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 )	
		CV・ポート <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル ( ) Fr / 挿入	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 便秘時の対応 ( )	
	<input type="checkbox"/> 全介助		
清 掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 有 ( 総 ・ 部分 ) <input type="checkbox"/> 無 動揺歯 <input type="checkbox"/> 有 ( 上顎 本 下顎 本 ) <input type="checkbox"/> 無 かかりつけ歯科医:		
活 動	<移動手段>		
	移 動 : <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	運動機能障害 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 衣服着脱 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	麻 痺 : <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
	視覚障害 : <input type="checkbox"/> 有 ( 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト )		
	聴覚障害 : <input type="checkbox"/> 有 ( 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 言語障害 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
コミュニケーション	(発語) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (構音障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (意思疎通) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
意識・精神状態	認知機能低下 ・ 認知症 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 夜間 : <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不良 (薬剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (状態 ) 部位 ・ サイズ ( ) 処置 ・ 方法 ( )		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 ( 部位 : 大きさ : 処置 : ) <input type="checkbox"/> 痰の吸引 ( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 酸素 ( l/分 マスク ・ カヌラ ) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 薬品名 ( ) <input type="checkbox"/> 投与時間 ( ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 チューブのサイズ ( ) <input type="checkbox"/> 交換予定日 ( ) <input type="checkbox"/> インスリン 薬品名 ( ) 単位 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		