

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"/> ところみ付 | |
| | <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"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 | |
| | <input type="checkbox"/> 見守り | | |
| | <input type="checkbox"/> 部分介助 | | |
| | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 口 腔 ク ア | <input type="checkbox"/> 自立 | 義歯 <input type="checkbox"/> 有 (総 ・ 部分) <input type="checkbox"/> 無 | |
| | <input type="checkbox"/> 見守り | | |
| | <input type="checkbox"/> 部分介助 | | |
| | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 活 動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <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 | |
| | | 運動機能障害 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | 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 (<input type="checkbox"/> 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) | | |
| 皮 膚 状 態 | <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 () | | |
| 医 療 行 為 | <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 | | |