

ADL 確認表

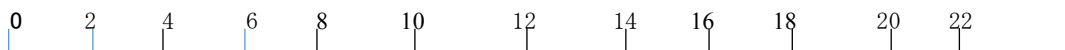
様

記入日 年 月 日

身体状況	身長	cm	体重	Kg	日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	麻痺	有・無	有・無（部位： 程度： ）						
	視力	見える・ぼんやり見える・見えない（右・左・両眼）			リハビリ実施状況	PT・OT・ST			
	会話	話せる・話せるが不明瞭・話せるがムラがあり 話せない（筆談、文字盤、イラスト）			聴力	聞こえる・大きな声なら聞こえる 補聴器使用（右・左）・聞こえない・筆談			
栄養	食事	主食：米飯・軟飯・（ ）粥・ムース			治療食	有・無	内容：		
		副食：軟食・一口大・荒刻み・刻み・ペースト食			トロミ使用	有・無	量：		
	摂取方法	自立・見守り・一部介助・全介助			特記事項				
	経管栄養	胃瘻・腸瘻			栄養剤				
日常生活援助	歯	自歯・義歯（全部・一部・上・下）義歯あるが使用せず			その他				
	排泄	尿意	有・無	特記	便意	有・無	特記		
		排泄方法 介助	トイレ（自立・介助・誘導）・Pトイレ（自立・介助）・尿器（自立・介助） オムツ・リハビリパンツ・バルーンカテテル留置・ストマ						
	生活	洗面	自立・見守り・一部介助・全介助			入浴	自立・見守り・一部介助・全介助（個浴・機械浴）		
		更衣	自立・一部介助・全介助			移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		
		移動	歩行（独歩・杖・歩行器等）・介助歩行 車椅子（自操・介助）・その他			寝返り	可能・不可能（体交 時間毎） エアーマット使用（有・無）		
		立位	可能・介助で可能・不可能			座位	可能（ ）時間）・不可能		
睡眠		眠れる・あまり眠れない・眠剤使用（薬剤名： ）							
日中生活	自由生活・車椅子上・床上・拘束（具体的に								
精神状況	会話	話せる・話せるが不明瞭・話せるがムラがあり・話せない							
	理解力	有・ムラがあり・無	認知症	有（Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M）・無					
	ナースコール	押せる・押せない・工夫有（具体的に： ）							
	センサー使用	有（種類： ）・無	拘束具使用	有（種類： ）・無					
	問題	見当識障害・記憶力障害・徘徊・大声・被害妄想・せん妄・不潔行為・暴力行為・妄想・幻覚・盗食・収集癖							
介護拒否・帰宅願望・不穏		対策その他	（ ）						
医療情報	感染症	HB抗原（ ） HCV（ ） HIV（ ） ワ氏（ ） その他（ ）							
		MRSA・ESBL（排菌部位： ） 対応策・その他（ ）							
	内服	有・無	自己管理・声かけ・一週間ボックス等使用・看護師管理						
	インスリン	有・無	内容： 朝 単位・昼 単位・夕 単位				自己注射・介助		
	血糖測定	有（朝・昼・夕）・無		その他					
	吸引	有（ 回/H）・無		酸素	有（ ℓ/分 マスク・カマ ）・無				
褥瘡	有・無	部位・大きさ・深さ・処置内容等							
その他									

【 1日の過ごし方 】

起床・就寝・朝食・昼食・夕食・屋敷等の時間をご記入ください



記入者