

ADL等確認表

患者名 _____
 生年月日: 年 月 日 (才)

記載日: 令和 年 月 日
 記載者: _____

A D L	移動	歩行・杖(T字・4点)・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー・その他() 自立・見守り・一部介助・全介助
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 (1人介助・2人介助)
	寝返り	自立・片側のみ可(側)・介助があれば可・不可
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助
	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助
	尿意	有・時々有・無
	便意	有・時々有・無
	失禁	無・有 程度()
	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・尿便器・リハビリパンツ・オムツ・膀胱バルーン・ストーマ 自立・見守り・一部介助(誘導含む)・全介助
	入浴	一般浴・機械浴・シャワー浴・清拭 自立・見守り・一部介助・全介助
	更衣	上衣: 自立・見守り・一部介助・全介助 下衣: 自立・見守り・一部介助・全介助
	食事	経口・経鼻・胃ろう・点滴・IVH 自立・見守り・一部介助・全介助 食事摂取量: _____ 食事形態: _____
	視力	支障なし・低下(右・左)・失明(右・左)・眼鏡使用 (無・有)
	聴力	支障なし・低下(右・左)・失聴(右・左)・補聴器使用 (無・有)
	意識障害	無・有 JCS()
	認知症	無・有 長谷川式簡易知能スケール(点)
	意思疎通	可能・時々可能・困難
	問題行動	無・昼夜逆転・暴言・暴力・大声・不潔行為 ナースコールの多用・徘徊・介護への抵抗・その他()
	ナースコール使用の可否	押せる・押せない ナースコールの種類()
抑制	無・有 種類()	
麻痺	無・有 (右・左・完全麻痺・不完全麻痺 程度(軽・中・重)	
関節の拘縮	無・有 部位() 程度(軽・中・重)	
気管切開	無・有	
痰吸引	無・有 (回/日)	
酸素	無・有 (ℓ)	
糖尿病	無・有 血糖チェック(回/日) インシュリン療法(単位数) 内服	
皮膚疾患	褥瘡・疥癬 無・有 部位() 大きさ()	
感染症	無・有 種類(MRSA・MDRP・Tb・Hbs抗原・HCV抗体・TPHA)	
薬価		

社 会 的 情 報	今後の方向性	自宅・施設()・療養棟()・未定
	介護保険	無・有・申請中 介護支援専門員: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	障害手帳	無・有 種類() 級
	家族構成	(本人=回 ◎) キーパーソン

< 備考 > ※その他に何かございましたら御記入ください。
 <身長>
 <体重>