

ADL確認表

記入者

記入日

年 月 日

氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年齢	歳	
自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					
身体状況	身長	cm	体重	kg	血液型	型	意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【			】
	視覚	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える	眼鏡使用					
	聴覚	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 大きい声なら聞こえる	補聴器使用					
	言語障害	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害	発話不能					
精神状況	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	HDS-R	点	MMSE			
	Nsコール	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明	身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	詳細【			】
	行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴	その他				
			<input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力					
			<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏					
		<input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 収集						
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 単語程度	<input type="checkbox"/> 頷き <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 道具					
	理解力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 不明						
身体機能	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	起立動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	移動	方法 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子						
	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
食事・口腔	食事手段	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 点滴						
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	食事内容	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ゼリー粥						
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー						
	食種	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食	禁食：					
	摂取量	主食 割 副食 割						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	日中	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		方法 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン						
	夜間	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	方法 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン							
衛生	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭						
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
医療行為	痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数	回/日				
	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量					
	インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	BSチェック	回/日				
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	大きさ	処置				
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状	処置				
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ストマ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	点滴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	詳細【					】