

# ADL 確認票

〔記入者： \_\_\_\_\_ 関係（職種）： \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 〕

患者名：	様 M・T・S	年	月	日生（	）才
身長：	cm・体重：	kg（測定日：	月	日）	*おおよそで結構です。必ずご記入ください。
意識障害	（無・有） 昏睡・傾眠・その他〈 _____ 〉				
精神	（無・有） 具体的な状態 _____				
認知症状	記憶障害・見当識障害・感情失禁・せん妄・不潔行為・大声・独語・暴力行為・徘徊				
麻 痺	（無・有） 四肢麻痺・対麻痺・片麻痺〈左・右〉・単麻痺〈 _____ 〉				
言語障害 コミュニケーション	（無・有） 発声不能・意味不明・失語症・構音障害 話せないが通じる・単純なことのみ通じる・理解できない・日によって変わる				
聴力障害	（無・有） 聞こえない・多少聞こえる・日常生活に支障あり・補聴器使用・不明				
視力障害	（無・有） 見えない・多少見える・日常生活に支障あり・眼鏡使用・不明				
拘 縮	（無・有） 部位 _____				
褥 創	（無・有） 部位 _____ ・大きさ _____ cm× _____ cm・ポケット〈無・有〉				
感染症	MRSA（- / +（材料 _____）/未検）・HBs（無・有）・HCV（無・有）・疥癬（無・有）・他（ _____ ）				
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・酸素吸入〈無・有（常時 〇・時々）〉 ・気管切開カニューレ種類（ _____ ）</li> <li>・人工肛門 〈無・有〉 ・喀痰吸引 _____ 回/日 ・インスリン注射〈無・有〉</li> <li>・皮膚疾患 〈無・有〉 ・緑内障〈無・有〉（点眼薬 _____ ）</li> <li>・他科受診の有無〈無・有（ _____ 科）/処方薬（内服・軟膏・その他）〉</li> <li>・抑制〈無・有（ミトン・上肢・胴体・車椅子安全ベルト・4点柵・つなぎ・センサー）〉</li> </ul>				
移 動	独歩・つたい歩き・杖歩行・歩行器使用・車椅子〈自立・一部介助・全介助〉・ストレッチャー				
移 乗	自立・見守り・一部介助・全介助				
立位・座位	立位/可・一部介助・全介助・不可 _____ 座位/可・背もたれがあれば可・不可〈常時臥床〉				
寝返り	自立・一部介助・全介助				
食 事	自立〈はし・スプーン〉・一部介助〈セッティングのみ・後半介助・その他〉・全介助				
食事法	経口〈常食・粥・きざみ・ペースト〉・中心静脈栄養（内容 _____ ）・末梢点滴・ 鼻腔栄養/胃ろう（内容 _____ kcal）				
排泄（便）	トイレで〈自力/介助〉・ポータブルで〈自力/介助〉・おむつ〈1日中/夜間〉				
排泄（尿）	トイレで〈自力/介助〉・ポータブルで〈自力/介助〉・おむつ〈1日中/夜間〉・尿器				
ナースコール	押せる・押せない・ _____ センサー（床・離床・クリップ）		バルーン使用/最終交換日 _____ 月 _____ 日		
入 浴	一般浴〈自力可/一部介助〉・機械浴・清拭				
入院中の問題点				在宅への可能性（無・有）	