

ADL 確認票

〔記入者： _____ 関係（職種）： _____ 記入日：H _____ / _____ / _____ 〕

| | |
|-------------------|---|
| 患者名： | 様 M・T・S 年 月 日生（ ）才 |
| | 身長： _____ cm ・ 体重： _____ kg（測定日： 月 日） |
| 意識障害 | （無・有） 昏睡・傾眠・その他〈 _____ 〉 |
| 精神・認知症状 | （無・有） 具体的な状態 _____ 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・その他 |
| 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）・梅毒（無・有）・疥癬（無・有）・ |
| その他 | 酸素吸入〈無・有（常時 〇・時々）〉 ・ 人工肛門 〈無・有〉 ・ 喀痰吸引 _____ 回/日 インスリン注射〈無・有〉 ・ 皮膚疾患 〈無・有〉 ・ 他科受診の有無〈無・有〉 抑制〈無・有（ミトン・両手・胴体・車椅子安全ベルト・4点柵・つなぎ・その他）〉 |

ADL

| | |
|---------|---|
| 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・要監視・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 | 経口摂取〈常食・粥・きざみ・ペースト食〉・鼻腔栄養・胃ろう〈バルーン型・バンパー型〉 総カロリー〈 _____ 〉 胃ろう造設日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 最終交換日 _____ 月 _____ 日 |
| 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 _____ バルーン使用/最終交換日 _____ 月 _____ 日 |
| 義 歯 | 無・有〈総入れ歯・一部入れ歯・はずしている〉 |
| 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） |
| 具体的な状況 | |

*身長・体重はおおよそでも結構ですので、必ずご記入ください。*MRSAの検査は必ずお願いします。