

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 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・単純なことのみに通じる・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	・酸素吸入（無・有（常時 〇・時々）） ・気管切開カニューレ種類（ ） ・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） ・緑内障（無・有）（点眼薬 ） ・他科受診の有無（無・有（ ）科）/処方薬（内服・軟膏・その他） ・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））		
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）	