

ADL チェックシート

患者様氏名 _____ 様 男性 ・ 女性 _____ 歳

紹介先 事業所 名 _____ 記入者: _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療面	胃ろう ・ 経鼻 ・ 気管切開 ・ 留置カテーテル ・ 酸素 (_____ L) ・ 吸引 (_____ /日)										
	褥瘡 (_____) ・ 麻痺 (部位 _____) ・ 拘縮 (部位 _____)										
	インスリン (内容: _____)										
	処置 (内容・部位 _____)										
ADL	身長 _____ cm		体重 _____ キロ								
	起居動作	1.できる	2.一部介助	3.全介助	歩行	1.できる	2.一部介助	3.全介助			
	移動手段	1.独歩	2.手引き	3.手すり	4.杖	5.いざり	6.シルバーカー				
		7.歩行器タイプ (_____)		8.車いす (標準型 ・ リクライニング)			9.ストレッチャー				
入浴	1.できる	2.一部介助	3.全介助	種 類	1.個浴	2.シャワー浴	3.特浴				
栄養	経口摂取状態	1.自立	2.見守り	3.一部介助	4.全介助						
	食 事 種 類	1.一般	2.糖尿病食	3.腎臓病食	4.肝臓病食	5.制限食 (_____)	6.その他				
	経 管 栄 養	1.胃ろう (種類: _____ + 白湯 _____ cc ・ _____ kcal)									
		2.経鼻 (種類: _____ + 白湯 _____ cc ・ _____ kcal)									
		3.腸ろう	4.点滴のみ	5.その他 (_____)							
	主 食	1.米飯 (_____ g)	2.軟飯 (_____ g)	3.全粥 (_____ g)	4.ミキサー・ペースト粥 (_____ g)						
	副 食	1.常菜	2.軟菜	3.一口大	3.極軟菜	4.極きざみ (荒 ・ 極)		5.ミキサー・ペースト			
	摂 取 量	1.全量	2.7~8割	3.半量	4.半量以下	5.ムラあり					
	カロリー制限	1.なし	2.あり (_____ kcal)	塩分制限	1.なし	2.あり (_____ g)					
	たんぱく制限	1.なし	2.あり (_____ g)	飲水制限	1.なし	2.あり (_____ cc)					
	禁 食	1.なし	2.あり (_____)			食物アレルギー	1.なし 2.あり (_____)				
	と ろ み	1.なし	2.あり			むせ込み	1.なし 2.時々あり 3.あり				
補 食	1.なし	2.あり (種類 _____ /日 朝 ・ 昼 ・ 夕)									
歯の状態	1.自歯	2.義歯 (上 ・ 下 ・ 部分)			口腔ケア	1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.全介助					
薬剤	アレルギー	1.なし 2.あり									
排泄	動 作	1.トイレ	2.PT	3.尿器	4.オムツ	5.留置カテーテル					
		1.自立	2.見守り	3.一部介助	4.全介助	5.ストマ	1.尿失禁 (なし ・ あり)				
		6.下剤の使用 (なし ・ あり) 浣腸 (なし ・ あり)					2.便失禁 (なし ・ あり)				
コミュニ ケー ション	視 力	1.問題なし 2.はっきり見えない 3.全盲			聴 力	1.問題なし 2.難聴 3.全く聞こえない					
	言 語	1.問題なし 2.だいたい聞き取れる			意思疎通	1.できる 2.時々できる 3.困難					
	物忘れ	1.なし 2.あり 3.認知症確定診断 (なし ・ あり)									
問題 行動	なし ・ ベッド柵外し ・ 立ち上がり ・ 徘徊 ・ チューブ抜去 ・ 大声 ・ 暴言 ・ せん妄 ・ 昼夜逆転 ・ その他 (_____)										
抑制	なし ・ ミトン ・ センサー ・ マット対応 ナースコール (押せる ・ 押せない)										
睡眠	睡眠状況	1.良好 2.浅眠 3.不眠 睡眠剤使用 (なし ・ あり) 4.不明									
日常生活自立度 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					認知症自立度 なし ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V						
備考											