

日常生活動作(ADL)/医療情報 確認表

本人の状態が分かる方がご記入ください (家族、ケアマネージャー、看護師、介護士など)

本人との関係

利用者氏名 _____ 様 記入者 _____ (_____)

あてはまるものを○で囲んでください

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本的動作	移動動作	自立	見守り	一部介助	全介助						
	移動状況	独歩	伝い歩き	杖	歩行器	シルバーカー	車いす (自操・介助)				
	立位	自立	見守り	一部介助	つかまり立ち	不可					
	転倒・転落 予防策	なし	時々	頻回	要見守り						
食事	撮取動作	自立	見守り	一部介助	全介助						
	(主食)	米飯	粥	ペースト	麺類	パン	とろみ (あり・なし)				
	(副食)	普通	ひと口大	きざみ	ミジン	ペースト	自助食器使用 (_____)				
	歯の状況	自分の歯	部分入れ歯 (上・下)			総入れ歯	自分の歯も入れ歯もない				
	治療食	減塩食 (_____ g)		糖尿病食 (_____ kcal)		その他 (_____)					
入浴	種類	個室	シャワー浴	一般浴	特浴 (チェア・ストレッチャー)						
	洗身・洗髪	自立	見守り	一部介助	全介助						
排泄	トイレ動作	自立	見守り	一部介助	全介助						
	(日中)	トイレ	ポータブル	尿器	回数 (_____)	リハビリパンツ	オムツ	パット	布パンツ		
	(夜間)	トイレ	ポータブル	尿器	回数 (_____)	リハビリパンツ	オムツ	パット	布パンツ		
	尿意	あり	なし				尿失禁	失禁なし・常時失禁・時々失禁			
	便意	毎日あり	1週間に (_____) 回くらい				便失禁	失禁なし・常時失禁・時々失禁			
身体機能	視力	普通	弱視 (右・左)		全盲 (右・左)	眼鏡					
	聴力	普通	やや難聴 (右・左)		難聴 (右・左)	補聴器 (右・左)					
	会話	意思を伝えられる					意思を伝えられない				
	障害	言語障害	えん下障害 (飲み込めない)			麻痺 (左上肢	右上肢	左下肢	右下肢)		
	睡眠	良眠	時々不眠	不眠	昼夜逆転	眠剤 あり・なし					
心身の状態	認知症状	なし	年相応の物忘れ程度		軽度	重度	分からない				
		物忘れがある(季節・人の顔・場所・日時)			大声や奇声を上げる		物を集めてしまい込む				
		トイレ以外で排泄する			夜間眠れない		暴言や暴行がある		感情が不安定になる		
		同じ事を何度も訴える			帰宅願望が強い		入浴を拒否する		介護拒否がある		
		食品以外の物を口に含む			実際にはない物が見えたり、聞こえたりする			目的もなく動き回る			
医療情報	尿管カテーテル	ストマ (人工肛門)	経管栄養 (胃ろう・経鼻)		痰吸引 (1日 _____ 回)						
	酸素療法	床ずれ (部位 : _____)			インシュリン注射 (_____ 回/日 _____ 単位)						
	ペースメーカー	透析シャント 有・無 (部位 : _____)			その他 (必要な処置 : _____)						
	現在 通院 (検査や内服)	している病院 (科) を全て記入してください									
	内科	外科	整形外科	眼科	歯科	皮膚科	耳鼻科	婦人科	精神科	腎臓内科	その他
	病院名 : (_____)										
	シャント形成・設置病院名 (病院名 : _____)										
	現在 透析通院している病院 (科) 名をご記入下さい (_____)										
既往歴 (過去に治癒した病気) ※病院と年も記入					現病歴 (現在、治療している病気)						