

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)

利用者氏名 様 記入日： 年 月 日
本人との関係
 記入者： ()
 あてはまるものを○で囲んでください

移動	移動	自立・見守り・一部介助・全介助	立位	自立・一部介助・つかまり立ち・不可
	移動手段	独歩・伝い歩き・杖・歩行器・シルバーカー・車いす(自操・介助)		
	転倒・転落	なし・時々・頻回・要見守り	センサー(ベッド・マット)・3点柵・4点柵	
食事等	食事動作	自立・見守り・一部介助・全介助	摂取量	全量・半量・半量以下・ムラあり
	食種	普通・軟菜・塩分制限食()g・糖尿病食()kcal・その他()		
	(主食)	米飯・粥・ペースト・麺類・パン	(副食)	普通・軟菜・一口大・きざみ・ペースト
	アレルギー	なし・あり()		
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助(歯ブラシ使用・うがいのみ)		
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			
入浴	入浴	自立・見守り・手引き・一部介助・全介助	着脱	自立・見守り・一部介助・不可
	方法	個浴・シャワー浴・一般浴・特浴(チェア・ストレッチャー)・清拭		
排泄	トイレ動作	自立・見守り・一部介助・全介助	便通調整	なし・あり()
	(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
身体状況	基礎情報	身長 cm 体重 kg (月 日 現在)	体重減少	(ヶ月 で kg 減)
	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)		
	麻痺	なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢	拘縮	なし・あり(部位)
	障害	言語障害・えん下障害(飲み込めない)	睡眠	良眠・時々不眠・不眠
その他	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・徘徊・暴言・暴行・昼夜逆転・妄想・異食・大声をあげる・不潔行為 帰宅願望・介護拒否・収集癖・その他()		
	意思疎通	できる・時々できる・ほとんどできない・できない	ナースコール	押せる・押せない
	言葉の理解	できる・時々できる・ほとんどできない・できない		
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 その他(必要な処置:)			
	感染症 なし ・あり()			
	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()		病院名()	
	シャント形成・設置病院 病院名:		現在 透析通院している病院 病院名:	
病名・既往歴				
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
備考				