

# 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: 令和 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					
栄養	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			
	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											