

# ADL チェックシート

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_ 歳

医療機関  
施設名

記入者:

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療面	透析 ・ 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 _____ )					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.極さざみ ( 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 )		洗腸 ( 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										