

ADL票

患者氏名

記入者氏名:

職種:

記載日:

年

月

日

患者状況

意識障害	無・有	JCS() GCS : E() V() M() その他()
精神症状 又は認知症	無・有	記憶障害 見当識障害 感情失禁 夜間せん妄 不潔行為 易怒性 暴力行為 暴言 声出し 被害妄想 幻覚 抑うつ 意欲低下 徘徊 健忘 作話 その他() 長谷川式スケール= 点
抑制	無・有	ミトン型手袋 体幹抑制 介護衣(つなぎ服) ベッドを柵で囲む(サークルベッド使用含む) Y字型拘束帯 その他(ひも・車いすテーブル等) センサー(危険回避器具) 抑制の理由()
コミュニケーション障害	無・有	失語症 構音障害 その他() 理解: 可能 簡単な内容なら可能 困難 発語: 可能 簡単な単語なら可能 可能だが聞き取りづらい 不可能 * 発語以外でコミュニケーション可能 (ジェスチャー 筆談 文字盤 その他)
麻痺	無・有	完全麻痺 不全麻痺 部位: 片麻痺(左/右) 単麻痺(部位:) 四肢麻痺 弛緩性 痙直性 不随意運動性 失調性 強剛性 振せん性
拘縮	無・有	部位:() 痛み: 無 / 有
嚥下障害	無・有	状態:()
聴覚障害	無・有	全く聞こえない ほとんど聞こえない 補聴器を使用すれば聞こえる
視力障害	無・有	全く見えない 指数識別可能 歩行に支障あり 歩行に支障なし
褥瘡	無・有	部位:() 大きさ・深さ:() 処置内容:()
医療処置等 (有の場合 該当項目を チェック)	無・有	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 侵襲的人工換気 <input type="checkbox"/> 非侵襲的陽圧換気(NPPV)) * 装着時間: <input type="checkbox"/> 24h / <input type="checkbox"/> 夜間のみ / <input type="checkbox"/> その他時間指定() <input type="checkbox"/> 気管切開 (造設日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 酸素投与 (/分) <input type="checkbox"/> 吸引 (hr毎 あるいは 回/日) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 () <input type="checkbox"/> 創傷処置 (部位: 、処置内容:) <input type="checkbox"/> 血糖検査 (回/日) <input type="checkbox"/> インスリン注射 (回/日 単位/日) <input type="checkbox"/> 透析療法 (回/週、曜日:) <input type="checkbox"/> ペースメーカー

ADL票

患者氏名

記入者氏名:

職種:

記載日:

年

月

日

ADL(日常生活動作)等

移動	歩行	自立 介助 不能 使用する道具: 歩行器 杖 その他()
	車椅子	移乗(自立/要介助) 操作(自立/要介助) 種類: 普通型 リクライニング型
起坐	自立 一部介助 全介助	
座位保持	可能 (30分以上 / 30分未満、背もたれ: 要 / 不要) 不能	
寝返り	自立 一部介助 全介助	
食事	補給法	経口摂取 (自立 / 自力で可能だが時間を要す / 一部介助 / 全介助)
		主食 (飯 / 粥 / ミキサー / その他)
		食形態 副食 (普通 / キザミ / みじん / ミキサー / その他)
		水分 (トロミ無 / トロミ有 :)
		食事摂取量 10~9割 8~6割以上 5割程度 3~2割 2割以下
	経管 (鼻腔 / 胃ろう : ボタン型・チューブ型・バルーン型・バンパー型 / その他) * 造設日: 年 月 日	
	中心静脈栄養 末梢点滴 その他()	
身長・体重	身長 cm 体重 kg (計測日 年 月 日)	
排泄	尿意 (無 / 有) 便意 (無 / 有)	
	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助 方法: トイレ ポータブルトイレ 差込便器 オムツ バルーン その他()	
更衣	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助	
洗面	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助	
入浴	自立 自力で可能だが時間を要す 一部介助 全介助	
	方法: 家庭浴 シャワー浴 リフト浴 機械浴 清拭 その他()	
ナースコール	可能 (呼べている / 呼べていない) 不能 特殊コール使用 (無 / 有)	
感染症	無 / 有 ()	
備考 (記入しきれない 情報・詳細など)		