

日常生活動作(ADL)確認票

様

記入日:平成 年 月 日

記入者:

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(特記記入)		
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況記入:)				
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位など)		
	特記事項					
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要)				
		<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> 尿器(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> バルーン				
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし(排便 日に1回)		
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	夜間の状況	<input type="checkbox"/> 就寝後の排泄回数(約 回)		
	特記事項					
入浴・更衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ		着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他()				
	特記事項					
食事・口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない		
	咽込	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	水分ロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食(kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限(g) <input type="checkbox"/> その他()			
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他()			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ付き <input type="checkbox"/> その他()			
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラ有り				
	義歯	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総義歯) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ) 残菌 <input type="checkbox"/> あり(約 本) <input type="checkbox"/> なし				
特記事項	(使用器具、アレルギー、嗜好など)					
身体状況等	基礎情報	身長 cm	体重 kg(月 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ヶ月で kg減)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)		拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用				
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)				
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも		睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (<input type="checkbox"/> 眠剤使用)	
	特記事項					
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> 出来ない		ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
	言葉の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> 出来ない				
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為				
		<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()				
	日常生活自立度	障害自立度	<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			
		<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 透析(回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法				
		<input type="checkbox"/> 吸引引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人口肛門				
	<input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー					
特記事項						

生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方・性格・趣味など。出来るだけ詳しくご記入ください。

手段的日常生活動作(IADL)確認票

様

記入日:平成 年 月 日

記入者:

I A D L	買物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	献立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	ごみ出し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	調理及び片付け	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	火気管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	外出	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他
住環境	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> 問題あり		
社会交流	社会参加	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし	
	対人交流	<input type="checkbox"/> あり			