

ADL 確認表

該当する項目に記入をお願いします。該当する□にレをお願いします。

記載日 年 月 日 (担当者名:)

ふりがな			明・大・昭・平
患者氏名	生年月日	年 月 日	歳
かかりつけ医			
介護保険または障がい区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障がい区分() <input type="checkbox"/> その他		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	1日() 食 <input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夕	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	禁止食物()	
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 制限食() kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> 経鼻)	
		CV・ポート <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル() Fr 次回交換日(月 日)	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> ストーマ	
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 便秘時の対応()	
清 潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	義歯 <input type="checkbox"/> 有(総・部分) <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 寝たきり (エアマット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 車イス移動 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	衣服着脱 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 全介助	麻 痺 : <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	
		視覚障害 : <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト)	
	聴覚障害 : <input type="checkbox"/> 有(補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
コミュニケーション	発語 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	構音障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
意識・精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他()		
	夜間: <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不良 (薬剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: 大きさ: 処置:)		
	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分 経鼻・マスク)		
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 薬品名() <input type="checkbox"/> 投与時間()		
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 チューブのサイズ() <input type="checkbox"/> 交換予定日()		
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬品名() 単位()		
	<input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

注) 病床の空き状況により、お部屋や期間など、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください