

ADL・看護情報確認表

記入日 年 月 日 記入者 ()

氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
身体状況	身長		cm		体重		kg
	<input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 (<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明)						
	<input type="checkbox"/> 歩行 (補助具) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
移動手段	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日)						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
立ち上がり～移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 () 主食 (<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他) 副食 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他) 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 飲水量制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ml/日) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 内容 () <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養						
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 発語以外でできる (<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 難聴						
	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理解力の低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ベッドセンサー <input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 上肢抑制 <input type="checkbox"/> 体幹抑制						
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (L) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 処置:) <input type="checkbox"/> 創処置 (部位: 処置:) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定						
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他)						
感染症	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり キーパーソン ()						
家族構成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援1 2 要介護1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 新規申請中 (訪問調査日) <input type="checkbox"/> 区分変更中 (訪問調査日)						
介護認定	事業所:						
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()						
退院後の生活場所	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり(受診先:)						
転院後の受診の必要性	備考						