

ADL 確認票

お手数をおかけしますが、ご依頼の患者さんの追加情報の記入をよろしくお願ひします。

【ご記入者（職種）： 様（ ） ご記入日：H 年 月 日】

患者名：	様 M・T・S 年 月 日生（ ）才 身長： cm 体重： kg（測定日： 月 日）
意識障害	（無・有） 昏睡・傾眠・その他（ ）
精神・認知症状	（無・有） 具体的な状態 記憶障害・見当識障害・感情失禁・せん妄・不潔行為・大声・独語・暴力行為・徘徊
麻痺	（無・有） 四肢麻痺・対麻痺・片麻痺<左・右>・単麻痺< >
言語障害	（無・有） 発声不能・意味不明・失語症・構音障害
コミュニケーション	話せないが通じる・単純なことのみ通じる・理解できない・日によって変わる・その他
聴力障害	（無・有） 聞こえない・多少聞こえる・日常生活に支障あり・補聴器使用・不明
視力障害	（無・有） 見える・多少見える・日常生活に支障あり・眼鏡使用・不明
拘縮	（無・有） 部位
褥瘡	（無・有） 部位 _____ ・大きさ cm× cm ・ポケット<無・有>
感染症	MRSA（ - / +（材料 ） /未検）・HBs（無・有）・HCV（無・有）・ 疥癬（無・有）・他（ ）
その他	・酸素吸入<無・有（常時 〇 ・時々）> ・気管切開カニューレ種類（ ） ・人工肛門<無・有> ・喀痰吸引 回/日 ・インスリン注射<無・有> ・皮膚疾患<無・有> ・他科受診の有無<無・有> ・抑制<無・有（ミトン・両手・胴体・車椅子安全ベルト・4点柵・つなぎ・その他）>
自宅の家屋状況	一軒家 ・ 集合住宅（ 階） エレベーター< 無 ・ 有 >
リハビリ	無 ・ 有 [1日60分間： 可 ・ 否]

<ADL>

移動	独歩 ・ つたい歩き ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車椅子<自立・一部介助・全介助> ・ ストレッチャー
移乗	自立 ・ 要監視 ・ 一部介助 ・ 全介助
立位・座位	[立位] 可 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可 [座位] 可 ・ 背もたれがあれば可 ・ 不可（常時臥床）
寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
食事	自立<はし・スプーン> ・ 一部介助<セッティングのみ・後半介助・その他> ・ 全介助
食療法	経口摂取<常食・粥・きざみ・ペースト食> ・ 鼻腔栄養 ・ 胃ろう ・ 中心静脈栄養 ・ 末梢点滴 総カロリー< cal> 胃ろう造設日 年 月 日 / 最終交換日 月 日
排泄（便）	トイレで<自力/介助> ・ ポータブルで<自力/介助> ・ おむつ<1日中/夜間>
排泄（尿）	トイレで<自力/介助> ・ ポータブルで<自力/介助> ・ おむつ<1日中/夜間> ・ 尿器 バルーン使用/最終交換日 月 日
ナースコール	押せる ・ 押せない
入浴	一般浴<自力可/一部介助> ・ 機械浴 ・ 清拭
入院中の問題点 具体的な状況：	在宅への可能性（無・有）

