

## ADLチェック表

患者氏名		様 男・女	歳	記入日		記入者		
身体 状 況	身長・体重	身長	cm	体重	kg	(	年 月 日時点)	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 大きな字なら見える <input type="checkbox"/> 殆ど見えない <input type="checkbox"/> 見えない				眼鏡・コンタクト	( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 )	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな音なら聞こえる <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない				補聴器	( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 )	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 / <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 )						
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 部位 : _____ 大きさ : _____ ) 処置法 : _____ DESING-R : _____						
基本 動 作	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス ( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> リクライニング車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	立位	<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						
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 体位交換 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要 )						
食 事	摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	むせ込み	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		とろみ	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
排 泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルン ( サイズ _____ Fr / 交換頻度 _____ 週ごと ) <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> ストマ ( 種類: _____ 交換介助内容: _____ )						
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	尿意		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい		便意		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい	
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> ストマ						
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
尿意		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい		便意		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい		
下剤等		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 )						
清 潔	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自歯のみ <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 ・ <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 総入れ歯						
会 話	発語	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 流暢な会話 <input type="checkbox"/> 対話可能な程度 <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 言語にならない )						
	理解	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 非常に困難 <input type="checkbox"/> 不明						
精 神 面	認知症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 日常生活自立度ランク <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"/> 不明						
	症状	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 頻繁のコール <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
抑 制	身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 胴抑 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	使用理由	→						
処 置	医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 ( _____ ) L/m <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 ( _____ ) 回/日 <input type="checkbox"/> 人工透析 ( <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 ) <input type="checkbox"/> インスリン ( _____ 回/日 ・ <input type="checkbox"/> スケール ) <input type="checkbox"/> 血糖チェック ( _____ ) 回/日 <input type="checkbox"/> 疼痛管理						
	感染症	MRSA	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + ( 部位 _____ ) <input type="checkbox"/> 未検		HCV	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検		
		HBV	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + ( _____ ) <input type="checkbox"/> 未検		HIV	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検		
		梅毒	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 内容: _____ )						
特 記 事 項								