

《ADL票》

患者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
施設・病院名			記載日	年 月 日 (記載者 職種:)	
意識レベル (JCS):	I-1 I-2 I-3 II-10 II-20 II-30 III-100 III-200 III-300				
認知症老人日常生活自立度:	I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害老人日常生活自立度:	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
移動	☐ 歩行 自立歩行 ・ 歩行見守り ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 装具 () ☐ 車椅子 自走 ・ 一部介助 (介助内容:) ・ 全介助 ☐ 寝たきり 寝返り→ 可 ・ 不可 ・ 何かにつかまれば可				
栄養	☐ 経口摂取 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ セットアップで自力摂取 ・ 全介助 食形態: 主食 () 副食 () 補食 () 特別食 () ☐ 経管栄養 経鼻・胃ろう・(その他:) / 栄養剤 () カロリー () 造設日: 次回交換日: ☐ 点滴 末梢 (24時間キープ ・ それ以外) / 点滴内容 () CV・CVポート・PICC/挿入年月日 () 挿入部位 () 点滴内容 ()				
排泄	日中 : 自立・トイレ誘導・尿器・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・おむつ・バルーンカテーテル 夜間 : 自立・トイレ誘導・尿器・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・おむつ・バルーンカテーテル ☐ 膀胱ろう (造設日: 年 月 日) / ☐ 人工肛門 (造設日: 年 月 日)				
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
入浴形態	一般浴 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ リフト浴 ・ ストレッチャー浴 ・ 清拭				
意思疎通	☐ 見当識のある会話ができる ☐ 会話に混乱がある ☐ 混乱した単語のみ ☐ 理解不能な音声のみ ☐ 発語なし ☐ その他 ()				
身体状況	身長: cm 体重: kg 言語障害 (有 ・ 無) 視力障害 (有 ・ 無) 聴力障害 (有 ・ 無) 義歯 (有 ・ 無) ☐ 麻痺 (部位) ☐ 拘縮 (部位) ☐ 褥瘡 (部位) 大きさ: cm× cm 処置内容: ☐ 皮膚異常 (湿疹・発赤など) (部位) 状態				
精神面等	☐ なし ☐ 夜間不穏 ☐ 昼夜逆転 ☐ 独語 *精神面の具体的エピソードをお願いします。 ☐ 幻視 ☐ 不潔行為 ☐ 暴言 ☐ 介護抵抗 ☐ 幻聴 ☐ 異食行為 ☐ 暴行 ☐ その他 ☐ 妄想 ☐ 性的問題行動 ☐ 徘徊				
感染症	☐ 有 → ☐ HBV (検査日:) ☐ MRSA (検査日:) ☐ その他 () ☐ 無 ☐ HCV (検査日:) ☐ 梅毒 (検査日:) (検査日:)				
医療行為その他	☐ 気管切開 年 月 日施行 ☐ 酸素吸入 ℓ/min (在宅酸素 有 ・ 無) ☐ 痰 ・ 吸引あり (吸引: 約 回/日) ☐ 輸血歴 年 月 日/量 成分: ・ 自己嚥出可 ☐ 身体拘束 (部位: 方法:) ☐ ペースメーカー 年 月 日施行 (部位: 方法:) ☐ 禁忌事項:				
精神科入院歴	☐ 有 → 直近の入院機関名 () ☐ 無 入院形態: 任意・医療保護 (保護者: 続柄) その他の入院形態 ()				
リハビリ情報	疾患別リハビリ () 算定病名 () 起算日 ()				
介護保険	未申請・申請中・区分変更中・要支援 () ・ 要介護 () / 訪問調査日 ()				
家族情報	キーパーソン () 続柄 () 住所 () 連絡先 ()				