

患者様受け入れにあたり、ADLのチェックをお願い致します。

記入日 平成 年 月 日

患者名	殿	男・女	M・T・S	年	月	日生
					( )	歳

歩行	自立	杖・歩行 見守り(要・不可)	つたい歩き	介助歩行	不可
車椅子	自立	乗り移りだけ手伝う (軽介助・全介助)		押してもらう	不可
起座	自立	つかまれば可		介助があれば可	不可
座位保持	可	背もたれがあれば可		不可	座位保持時間 ( )分
食事	自立 (箸・スプーン)	ほぼ自立 食べこぼし(有・無)	全介助	不可 経鼻・胃瘻・点滴(CV・末梢)	
食事形態	常食	おかゆ ( )分	刻み食	流動食	食事制限(有・無) 制限内容( )
排泄	自立	ポータブルトイレ 介助(要・不要)	おむつ (1日中・夜間のみ)	リハパン	バルーン ストマ
視力	右(よく見える・少し見える・見えにくい・見えない・不明) 左(よく見える・少し見える・見えにくい・見えない・不明)				眼鏡(有・無)
聴力	右(よく聞こえる・少し聞こえる・聞こえにくい・聞こえない・不明) 左(よく聞こえる・少し聞こえる・聞こえにくい・聞こえない・不明)				補聴器(有・無)
コミュニケーション	可		困難		不可
意識障害	有(昏睡・傾眠・混濁)				無
気切	有				無
酸素	有( )ℓ マスク・カヌー				無
吸引	有( )回/日				無
インスリン	有( )回/日				無
血糖チェック	有( )回/日				無
褥瘡	有(部位: ) ( cm× cm)		有(部位: ) ( cm× cm)		無
精神障害	有 記憶障害・記銘力障害・見当識障害・感情失禁・うつ状態・ 声出し・夜間せん妄・意欲低下・不潔行為・暴力行為・ 介護拒否行為・起上がり行為・徘徊・ その他( )				無
抑制	有( ) ( )				無
麻痺	有( )				無
薬物アレルギー	有( )				無
介護保険要介護度( ) 身体障害( )級					