

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 年 月 日

患者名	殿	男・女	M	T	S	年	月	日生
						( )	歳	

歩行	自立		杖歩行		つたい歩き		介助歩行	不可		
	見守り要	不要	見守り要	不要	見守り要	不要				
車椅子	移乗				操作			不可		
	自立	軽介助	全介助	自立	軽介助	全介助				
起座	自立		つかまれば可		介助があれば可			不可		
座位保持	自立		分	背もたれがあれば可			分	不可		
寝返り	自立		つかまれば可		介助があれば可			全介助		
食事	自立		一部介助		全介助	不可				
	箸	スプーン	セットのみ	声掛け		経鼻	胃ろう	CV	CVポート	抹消
排泄	トイレ		ポータブルトイレ		リハパン		オムツ		バルーン	ストマ
	自立	介助	自立	介助	1日中	夜間のみ	1日中	夜間のみ		
視力	右	よく見える	少し見える	見えない	不明		眼鏡	有	無	
	左	よく見える	少し見える	見えない	不明					
聴力	右	よく聞こえる	少し聞こえる	聞こえない	不明		補聴器	有	無	
	左	よく聞こえる	少し聞こえる	聞こえない	不明					
コミュニケーション	可		困難			不可				
意識障害	昏睡		傾眠		混濁			無		
麻痺	有 ( )							無		
気切	有 ( )							無		
ペースメーカー	有 ( )							無		
酸素	有 ( )		マスク		カヌラ			無		
吸引	有 ( ) 回/日							無		
血糖測定	有 ( ) 回/日 インスリン ( ) 回/日							無		
褥瘡	有	(部位: )			cm×	cm	無			
		(部位: )			cm×	cm				
精神障害	有	記憶障害 意欲低下 起上がり行為 徘徊	記銘力障害 うつ状態 介護拒否 その他 ( )	見当識障害 声出し 暴力行為	感情失禁 夜間せん妄 不潔行為			無		
抑制	有 ( )							無		
薬物アレルギー	有 ( )							無		