

日常生活動作状況 (ADL)

記載日：令和 年 月 日

患者氏名				様	男・女
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	歳
身長：	cm	体重：	kg	体重増減：	無・増・減

機関名			
記載者		所属	

移動等	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	立位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可 / 立位の維持(約 分)	
	座位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可 / 座位の維持(約 分) ギャッジアップ角度(約 度)	
	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 <input type="checkbox"/> 寝たきり / 寝返り <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(誘導含む) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル	
	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう(造設日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 人工肛門(造設日： 年 月 日)	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	
身体状況	言語障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	視力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 失明(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		聴力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 失聴(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位：)	
	褥瘡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位： 部/大きさ： cm × cm 処置内容：)	
精神面	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 離棟	
	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊	
栄養	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン	
	経口摂取 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> パン / 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> とろみ 誤嚥 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 両方)	
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう 造設日：H 年 月 日 シャフト径(Fr) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 食道ろう メーカー： シャフト長(cm)
感染症 <small>検査データ添付</small>	<input type="checkbox"/> 結核既往歴 (年 月 頃)	
	<input type="checkbox"/> HBV (+ ・ - ・ 未検) +の場合、その詳細→ () 検査日：H 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> HCV (+ ・ - ・ 未検) +の場合、その詳細→ () 検査日：H 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> MRSA (+ ・ - ・ 未検) より検出 検査日：H 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 緑膿菌 (+ ・ - ・ 未検) より検出 検査日：H 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 梅毒 (+ ・ - ・ 未検) 検査日：H 年 月 日	
医療行為他	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日施行) 酸素 <input type="checkbox"/> 有 (ℓ/min) <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (約 回/日) 身体拘束 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日植込) (部位： 手段：)	
	点滴 <input type="checkbox"/> 抹消静脈 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> CVポート留置 挿入部位→ ()	
	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 血糖チェック (回/日) / 2日間以上 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	インシュリン療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 経口薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
施行中のリハビリ状況	リハ実施の <input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 中止中 <input type="checkbox"/> 終了	中止中・終了の場合の理由
		実施中の場合
		リハ診断名： 起算日： リハ開始日：
意識レベル(JCS)： <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> II-10 <input type="checkbox"/> II-20 <input type="checkbox"/> II-30 <input type="checkbox"/> III-100 <input type="checkbox"/> III-200 <input type="checkbox"/> III-300		
意識レベル(GCS)： <input type="checkbox"/> 開眼 (点) <input type="checkbox"/> 言語反応 (点) <input type="checkbox"/> 運動反応 (点) <input type="checkbox"/> 合計 (点)		
認知症老人日常生活自立度： <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		
障害老人日常生活自立度： <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		