

日常生活動作状況 (ADL)

記載日 年 月 日

患者氏名	様			男・女
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
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"/> リハビリ <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:)		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (詳細:)		
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	経口摂取	<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		
		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: 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: 年 月 日 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 日 頃)			
	<input type="checkbox"/> HBV抗原 (+ ・ - ・ - 未検) + の場合、その詳細 → () 検査日: 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> HCV抗体 (+ ・ - ・ - 未検) + の場合、その詳細 → () 検査日: 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> MRSA (+ ・ - ・ - 未検) より検出 検査日: 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 緑膿菌 (+ ・ - ・ - 未検) より検出 検査日: 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 梅毒 (+ ・ - ・ - 未検) + の場合、その詳細 → () 検査日: 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 疥癬 (+ ・ - ・ - 未検) (部位:) 検査日: 年 月 日			
医療行為 他	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		
	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		
	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"/> 末梢静脈 <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		
	インスリン療法	<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	リハ実施の有無	<input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 中止中	中止中・終了の場合の理由	実施中の場合
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		リハ診断名: 起算日: リハ開始日:
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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): 合計 点 (開眼 点 言語反応 点 運動反応 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				