

ADL・生活状況確認シート

記載日 年 月 日

病院・施設名:

記載者氏名:

職種:

氏名			男	明治・大正・昭和		
			女	年	月	日生 歳

医療行為 あり なし

<ADL>

移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()					
	<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"/> 転倒歴有					
特記事項						

麻痺 なし・あり (軽度・普通・重度) 部位:

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> オムツなし <input type="checkbox"/> オムツあり(<input type="checkbox"/> オープン <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット)					
	特記事項					

食事	<input type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> 不要					
	主食(<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥) 副食(<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト)					
	咀嚼困難	なし・ <input type="checkbox"/> あり (ペースト・刻み・一口大)		トロミ	不要・ <input type="checkbox"/> 要	
特記事項						

清潔	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

<身体状況>

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <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
----------------------	---

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
----------------	---

認知症	症状					
	代表的なエピソード					
視覚障害	なし・ <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> その他機器 ()			
聴覚障害	なし・ <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> その他機器 ()			
言語障害	なし・ <input type="checkbox"/> あり ()					

日課・習慣・趣味等

性格・価値・信念等