

日常生活状況（ADL）チェック表

スタッフの方にご記入をお願いしています。看護サマリがある場合には不要です。

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ さん 男性 ・ 女性

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

該当する項目に☑、該当する数字に○を付けてください。

症 状 （複数 回答可）	1. 意識レベル低下 2. 終末期 3. 麻痺 4. 摂食・嚥下障害 5. 低栄養 6. 褥瘡 7. 脱水 8. BPSD 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 10. その他（ _____ ）
医療処置 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	1. 気管カニューレ 2. 吸引 3. 酸素 4. 注射・点滴 5. CVC 6. ポート（部位 _____ 種類： _____ ロック間隔：1回/ _____ 日） 7. 経管栄養 8. 腎瘻 9. ストマケア 10. バルン 11. 褥瘡処置 12. 疼痛(麻薬)管理・症状コントロール 13. その他（ _____ ）
服薬状況	薬の管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 飲みにくい <input type="checkbox"/> 飲み忘れがある
移 動	歩 行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き 介 助 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 : <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 車いす <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 移 乗 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助 転 倒 <input type="checkbox"/> したことがある <input type="checkbox"/> ない
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"/> 絶食中 義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（上・下・上下） 食事形態 （主食 _____ 副食 _____ ） 摂取量（ _____ 割） 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> （ _____ ） 内容・1日量（ _____ ）
排 泄	トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル（ _____ Fr 最終交換日： _____ / _____ ） 介 助 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要（ _____ ） 排 尿 _____ 回 / 日 夜間尿回数 _____ 回 / 日 排 便 _____ 回 / _____ 日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘：使用薬剤（ _____ ）

該当する項目に☑してください

認知機能	認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理解力低下 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし せん妄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症がある場合 <input type="checkbox"/> 1：軽度（通常の家内行動はほぼ自立。日常生活上助言や介助はあっても軽度） <input type="checkbox"/> 2：中等度（認知低下のため日常生活が一人では少しおぼつかない、助言や介助は必要） <input type="checkbox"/> 3：高度・最高度 （日常生活が1人では無理。助言や介助が必要だったり逸脱行為が多く目が離せない） 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：具体的に（ ）
睡眠	不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用薬剤（ ）
皮膚	褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 高リスク その他（ ）
清潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 特浴
コミュニケーション	会話 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> できない 意思疎通 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない：具体的に（ ） 視力 <input type="checkbox"/> 普通（日常生活に支障がない） <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> わからない 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> わからない（難聴 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右） 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（左・右・両方）
その他	気になることがあればご記入ください

わかる範囲でファミリーマップの記載をお願いします。

ご協力ありがとうございました