

# ADLチェックシート

記載日 年 月 日  
患者氏名 様

ID \_\_\_\_\_

## ◎日常生活状況

食事	経口摂取	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 経口不可
		形態 (米飯・全粥) (軟菜・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・トロミ付)
		アレルギー 無・有 ( )
		嚥下障害 無・有 ( )
	吸引 無・有 (状況: _____ 回/日)	
経管栄養	1. 経鼻栄養(状況: _____ 回/日) 2. PEG(状況: _____ 回/日)	
	3. PTEG(状況: _____ 回/日) 4. 経腸栄養(状況: _____ 回/日)	
	管の種類 ( )Fr 栄養剤の内容( )	
輸液	1. IVH 2. ポート 3. 末梢	
整容	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
更衣	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
清潔	1. 入浴(自立・見守り・介助) 2. シャワー浴(自立・見守り・介助) 3. 機械浴 4. 清拭	
排泄管理	排尿	1. トイレ(自立・介助) 2. 尿器 3. 差込便器 4. ポータブルトイレ 5. 車椅子介助 6. オムツ 7. バルーン留置 8. ストマ 尿意(無・有)
	排便	1. トイレ(自立・介助) 2. 差込便器 3. ポータブルトイレ 4. 車椅子介助 5. オムツ 6. ストマ 便意(無・有)
起き上がり	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
端座位保持	1. 可 (□30分以上 □30分未満) 背もたれ (□要 □不要) 2. 不可	
立ち上がり	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助	
立位保持	可 不可	
移動	歩行	1. 自立 2. 杖歩行 3. つたい歩き 4. 歩行器 5. 歩行不可
	車椅子	1. 移乗(自立・見守り・介助) 2. 操作(自立・見守り・介助)
体位交換	無・有 ( _____ 回/ _____ 時間)	
意思疎通	理解力	1. 問題なし 2. 問題あり
	会話	1. 可 2. 困難 3. 不可
抑制	1. 柵(3点・4点) 2. ミトン 3. 安全ベルト 4. つなぎ 5. センサー( )	
ナースコール	可 不可	
服薬自己管理	可 不可	

## ◎身体状況

運動麻痺	無・有	1. 片麻痺(右・左) 2. 四肢麻痺 3. 対麻痺 4. 単麻痺(部位 _____) 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度
関節拘縮	無・有	部位( _____ )
言語障害	無・有	(1. 発語不能 2. 構音障害 3. 失語症)
聴力障害	無・有	(右・左)(1. 全く聞こえない 2. 殆ど聞こえない 3. 聞こえにくい)
視力障害	無・有	(右・左)(1. 全く見えない 2. 殆ど見えない 3. 見えにくい)
認知症	無・有	1. 徘徊 2. 暴力・自傷行為 3. 幻覚・妄想 4. 夜間せん妄 5. 不安 6. 不穏(日中・夜間・全日) 7. うつ状態 8. 感情失禁 9. 不潔行為
精神症状	無・有	10. ベッド柵乗り越え 11. 昼夜逆転 12. 異食行為 13. 独語・奇声 14. チューブ抜去 15. 介護への抵抗 16. 頻回のナースコール 17. 拒食・拒薬 18. その他( _____ )
医療処置	1. 気管切開 無・有	2. 酸素 無・有 ( _____ L/マスク・ナザール)
	3. ネブライザー 無・有( _____ 回/日)	4. リハビリ 無・有(PT・OT・ST)( _____ 回/週)
	5. インスリン 無・有( _____ 回/日 種類 _____ )	
	6. 疼痛管理 無・有(内服・座薬・貼付薬・注射・その他( _____ ))	
褥瘡	無・有	部位( _____ ) 大きさ( _____ × _____ ) グレード _____ 処置内容( _____ )
感染症		HBs(-・+) HCV(-・+) MRSA(-・4+・3+・2+・1+・少数) 部位(喀痰・咽頭・鼻腔・尿・便・創部) MRSA最終検査日( _____ 年 _____ 月 _____ 日)

## ◎制度

介護保険	無・有 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中)
身障手帳	無・有 ( _____ 種 / _____ 級:種類 _____ / 申請中)

医療機関名: \_\_\_\_\_ 職種: \_\_\_\_\_  
担当: \_\_\_\_\_