

# ADLチェックシート

氏名 様

記入日 年 月 日( )記入者

食事	経口 ( 内容: ) 鼻腔 胃瘻 腸瘻 IVH		
	自立 セッティングのち自立 軽介助 全介助		
排泄	トイレ 尿器 ポータブルトイレ バルンカテーテル オムツ ストマ 差込便器		
	自立 軽介助 全介助 誘導 ( 要 不要 )		
移動	独歩 つかまり歩き 杖 歩行器 車椅子 リクライニング車椅子 ストレッチャー		
	自立 見守り 軽介助 全介助 移乗 ( 自立 軽介助 全介助 )		
坐位	保持可能 要背もたれ 不可能		
寝返り	可能 不可能	エアマット	要 不要
麻痺	なし あり ( 上肢 → 右 左 下肢 → 右 左 )		
褥瘡	なし あり ( 部位 大きさ グレード )		
会話	発語	なし あり 言語障害あり( 失語症 構音障害 ) 単語のみ( )	
	理解	可能 ( 全面 部分 ) 不明 不可能	
認知症	なし あり ( 症状 )		
問題行動	なし あり ( 症状 )		
感染症	MRSA	なし あり ( 部位 量 )	
	その他	なし あり ( )	
気切	なし あり	吸引	なし あり ( 頻度 )
酸素	なし あり ( 量 )		
リハビリ	なし あり ( 担当PT 頻度 内容 )		
身長	cm	体重	kg
特記			