

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			