

# 日常生活状況（ADL表）

記載日 令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 男・女 記入者 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

該当する項目に○をつけてください。

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	1. 気管カニューレ 2. 人工呼吸器 3. 吸引 4. 酸素療法 5. 注射・点滴 6. 中心静脈栄養 7. 経管栄養 8. 腎ろう 9. 膀胱カテーテル 10. 尿管皮膚ろう 11. CAPD 12. ストーマケア 13. 褥瘡処置 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール 15. リハビリテーション 16. その他 ( ) 17. 特になし	服薬 状況	薬の管理は、 本人・家族・病院・その他 ( )
			薬が 飲みにくい・飲み忘れがある

**日常生活動作** 該当する項目に一つ✓してください。

移動	歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き / 介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 車椅子 車椅子 <input type="checkbox"/> 座位保持可 <input type="checkbox"/> 要介助 / 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
PS	<input type="checkbox"/> 0: 発症前と同じ日常生活が制限なく行える <input type="checkbox"/> 1: 軽度の症状があるが、歩行、軽労働や坐業は可 <input type="checkbox"/> 2: 歩行や身の廻りのことはできるが、時に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3: 身の廻りのある程度のことではできるが、しばしば介助が必要 <input type="checkbox"/> 4: 身の廻りのこともできず、常に介助が要り、終日就床を必要としている
栄養	食事内容 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 流動食 経口摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 内容・1日量
排泄	トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <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 尿 回/日 夜間尿回数 回/日 介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 排便 回/日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘: 使用薬剤 ( )
認知	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理解力の低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 認知症がある場合 <input type="checkbox"/> 0: 正常 <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必要ないか、あっても軽度) <input type="checkbox"/> 2: 中等度 (知能低下のため日常生活が1人ではちょっとおぼつかない、助言や介助が必要) <input type="checkbox"/> 3: 高度・最高度 (日常生活が1人では無理。多くの助言や介助が必要、あるいは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 <input type="checkbox"/> 使用薬剤 ( )
皮膚	褥そう <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 高リスク / その他 ( ) 清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 / 介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )