

ADL表

フリガナ		性別	生年月日		
氏名				(才)	
身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下	<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 関節拘縮	<input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 失語症	<input type="checkbox"/> 左下肢
食事内容	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 末梢点滴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 腸瘻 (内容・1日量:)	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ペースト食 (経管開始日:)	<input type="checkbox"/> ゼリー食
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 尿器 (1日: 回)	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ	
移動手段	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 見守り	(補助具:) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり～移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
リハビリの実施	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> OT	<input type="checkbox"/> ST		
指示	<input type="checkbox"/> 入る	<input type="checkbox"/> 入らない <input type="checkbox"/> 言語障害	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> その他	
問題行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 独語
拘束状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミソ・上肢拘束	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 胸抑制	<input type="checkbox"/> ベッド柵 <input type="checkbox"/> 離床センサー		
備考	認知症状等特記事項を空白部分へ記入をお願いします				
感染症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他)			
介護認定	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()			

※下記の状況に当てはまる方はご記入お願い致します。

現在の医療処置	創傷・褥創処置	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(処置内容:)
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(酸素投与量: L/分)
	吸引	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(回数: 回/日)
	心電図モニター	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
	点滴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(部位と内容:)
	CV	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(内容:)
	インスリン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(内容・単位:)
	シリンジポンプ使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
	輸血や血液製剤使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
気管切開	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()	

記入日 年 月 日 記入者()