

さいたま岩槻病院 ADL表

作成日 年 月 日

患者氏名 様

記入者名 職種

《一般状態》

身長・体重	cm	kg
意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(JCS:)
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位()程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位()程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> その他()
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 失行症 <input type="checkbox"/> 失認症 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 前頭葉症状 <input type="checkbox"/> その他()
意思疎通の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	程度()
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 (HDS-R: 点)
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 意欲低下
抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 体幹ベルト <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> その他()
義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

《ADL状況》

食事摂取	<input type="checkbox"/> 経口摂取(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH ※胃瘻造設日 H 年 月 日 型(<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> バルーン)・(<input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> チューブ) 径の太さ Fr
食事摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーンなど <input type="checkbox"/> 手掴み <input type="checkbox"/> その他()
食事内容	制限食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥() <input type="checkbox"/> ペースト とろみ(<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要) 副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト ムセ込み(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 経管栄養剤名() 総カロリー数(Kcal) 朝: ×水 昼: ×水 夜: ×水
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 重介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> 装具() <input type="checkbox"/> 歩行器() <input type="checkbox"/> その他()
車椅子操作	<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 背もたれ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 曖昧) 便意(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 曖昧)
排泄方法	<input type="checkbox"/> 病棟トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間のみ) <input type="checkbox"/> バルーン(Fr)

《医療処置》

<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開(Fr)(施術日 月 日) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器() <input type="checkbox"/> 酸素療法(ℓ) <input type="checkbox"/> 痰吸引(時間毎) <input type="checkbox"/> 血糖チェック(回/日) <input type="checkbox"/> インスリン(<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> Ns対応)() <input type="checkbox"/> ストマ(セルフケア <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 褥創(部位)(× cm)ポケット <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

《感染症》

HBS(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) HCV(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 梅毒(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 疥癬(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) MRSA(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 緑膿菌(<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)

《備考》