

ADLチェックシート

氏名: 男 身長: cm 作成日: 令和 年 月 日
 女 体重: kg 記入者名:
 生年月日 年 月 日 (歳)

医療 処置 等	バイタル	熱 (°C) SPO2 (%) 血圧 (BP mmHg) 脈 (P)
	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ℓ)
	点滴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 頻度 (回/日・ 時間おき)
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 (<input type="checkbox"/> 仙骨 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他) 大きさ () 深さ () 処置内容 ()
	経管栄養	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 経鼻 内容 ()
	膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	インスリン注射	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (自己注 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 単位 ()
	感染症	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> MRSA・ <input type="checkbox"/> その他 () 部位 (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> その他)
	行動制限 (安全対策)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ミトン・ <input type="checkbox"/> 体幹抑制・ <input type="checkbox"/> 離床センサー・ <input type="checkbox"/> 二点柵・ <input type="checkbox"/> 四点柵) 特記事項
ADL 等	移動	手段 <input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> シルバーカー・ <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走可・要介護)・ <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 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
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 柵をつかんで可・ <input type="checkbox"/> 不可
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 柵をつかんで可・ <input type="checkbox"/> 不可
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 () 特記事項
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 (上肢 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) (下肢 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) 特記事項
	食事	食事 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 食事 主食: ()・副食: (<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> きざみ・ <input type="checkbox"/> ペースト・ <input type="checkbox"/> 流動) 形態 水分とろみ <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 水分制限 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (1日 cc) ※食事以外 特記事項 (補助食品の有無、エネルギー (Kcal)、塩分制限など)
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし・ <input type="checkbox"/> しにくい・ <input type="checkbox"/> できない
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> トイレ介助・ <input type="checkbox"/> ポータブル・ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 常時オムツ・ <input type="checkbox"/> 夜間のみオムツ・ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ・ <input type="checkbox"/> 尿器 最終排便: 月 日 尿意 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり 便意 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり 特記事項
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> シャワー 最終入浴: 月 日
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 歯磨き・ <input type="checkbox"/> ウガイ・ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 義歯の部位 ()
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 簡単な質問の応答可・ <input type="checkbox"/> 困難
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる・ <input type="checkbox"/> 聞こえにくい・ <input type="checkbox"/> 聞こえない
	視力	<input type="checkbox"/> 見える・ <input type="checkbox"/> 見えにくい・ <input type="checkbox"/> 見えない
	認知症	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり HDS-R (点) (実施日: 年 月 日)
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる・ <input type="checkbox"/> 押せない
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 薬剤 ()
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 徘徊・ <input type="checkbox"/> 妄想・ <input type="checkbox"/> 暴言・ <input type="checkbox"/> 抵抗・ <input type="checkbox"/> 異食・ <input type="checkbox"/> 不潔・ <input type="checkbox"/> 大声 (<input type="checkbox"/> 昼夜逆転・ <input type="checkbox"/> その他)
	問題行動への対 処法や注意点	(問題行動があれば具体的に)