

日常生活状況（ADL表）

※看護サマリー代用可

記入日 令和 年 月 日

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 記入者	職種
住 所	TEL	
Keyperson	続柄:	
住 所	TEL	

該当する項目に✓をつけてください。

症 状 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> BPSD <input type="checkbox"/> 疼痛またはその他の苦痛症状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療処置	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 疼痛(麻薬) <input type="checkbox"/> 管理・症状コントロール <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし ()	服薬 状況	薬の管理について <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()

	内容	状況	備考
A D L	食事(摂取)		
	(内容)		
	(嚥下)		
	立位		
	歩行		
	使用器具		
	起上り		
	座位保持		
	寝返り		
	排泄(排尿)		最終交換日:
	(排便)		最終排便・交換日:
	着脱衣		
入浴		最終日:	
身 体 機 能 ・ 他	視力		
	聴力		
	麻痺・拘縮		
	意思疎通		
	精神障害		
身長 体重	月 日現在	身長 cm 体重 kg	
医 療 処 置	酸素	安静時/	労作時/
	サクシオン	回 / 日	
	ポート		
	インスリン		
	皮膚の状態		発症時期 頃より
	その他		
そ の 他	※現在使用中の薬剤情報添付してください(内服薬、貼付薬、輸液内容等)		