日常生活状況（ADL表）

記入日　　年　　月　　日

ID：

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

	内容	状況	備考
ADL	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／
	サクション	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		

処方内容	薬剤名	用法	薬剤名	用法

その他	

ご協力ありがとうございました

医療法人社団　慶友会　吉田病院　緩和ケア病棟　2017.5