

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)	<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							
身 体 機 能 ・ 他	入浴					最終日:		
	視力							
	聴力							
	麻痺・拘縮							
	意思疎通							
	精神障害							
医 療 処 置	身長	月	日	現在	身長	cm	体重	kg
	体重							
	酸素				安静時/		労作時/	
	サクシオン				回	/日		
	ポート							
	インスリン							
処 方 内 容	皮膚の状態						発症時期	頃より
	その他							
	薬剤名				用法		薬剤名	用法
そ の 他								