

ADL報告書

氏名

様

合併症	褥瘡 ☐ 無 ☐ 有 部位()				
	エアマット ☐ 無 ☐ 有 種類()				
	肺炎 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 軽快 ☐ 継続治療				
医療処置	尿道留置カテーテル ☐ 無 ☐ 有 サイズ() 最終交換日()				
	N-Gチューブ ☐ 無 ☐ 有 (cm)固定 次回交換日()				
	気管カニューレ ☐ 無 ☐ 有 サイズ() 最終交換日()				
感染症の有無	☐ なし ☐ HCV抗体 ☐ HBs抗原 ☐ 梅毒 ☐ MRSA ()				
吸引頻度	☐ なし ☐ 時間おきに1回				
移動手段	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器・押し車 ☐ 車いす ☐ その他()				
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助()				
食事形態	☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト ☐ ゼリー ☐ その他()				
経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 胃ろう 造設日() ☐ その他				
排泄	☐ 自立 ☐ 介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ 最終排便()				
清潔	☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 清拭 ☐ シャワー ☐ 浴槽 ()				
認知症状態	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
精神状態	☐ 良好 ☐ 不潔行為 ☐ 徘徊 ☐ 夜間譫妄 ☐ 奇声 ☐ 危険行為				
	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ うつ傾向 ☐ 健忘見当識障害 ☐ 拒食				
	☐ 拒薬 ☐ 暴力 ☐ 帰宅願望				
	対策 ☐ センサーマット ☐ 床マット ☐ その他()				
睡眠	☐ 良 ☐ 不良 ()				
痛み	☐ 無 ☐ 有 ()				
生活リズム	☐ 規則正しい ☐ 不規則 ☐ 昼夜逆転				
危険等に関する認知の問題	☐ 無 ☐ 有				
各種保険	介護認定	☐ 自立 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	事業所名 担当ケアマネ TEL	特定疾患 ☐ あり ☐ なし	身障手帳 ☐ あり ☐ 申請中 ☐ 変更中