

A D L 等 評 価 表

氏 名 : _____ 様

生年月日 : T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

合 併 症	褥 瘡 肺 炎 そ の 他	無	有 部位 (_____)	無	有 軽快 継続治療(_____)	無	有 病名(_____)	エアマット	
難 病		無	有 病名(_____)						
感 染 症		無	HCV 抗体	HBs 抗原	梅毒	MRSA (_____)	その他 (_____)		
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 (_____ / _____)					
	中心静脈栄養	無	有 部位 (_____)	ポート					
	末梢静脈栄養	無	有 _____						
	インスリン	無	有 時間 (朝 _____ 単位・昼 _____ 単位・夕 _____ 単位・眠 _____ 単位)						
	吸引	無	有 頻度 (_____ 回 / 日)						
酸素	無	有 流量 (_____)							
経管栄養	無	鼻腔	胃瘻	その他(_____)					
A D L 状 況	移 動	独歩	杖	歩行器	車椅子	その他(_____)			
	食 事	自立	見守り	一部介助	全介助				
	主 食	常食	軟食	粥 (_____ 分)	重湯	パン食			
	副 食	常食	軟食	雑ミ食	ミン食	ペ-スト食 ゼリー食			
	排 泄	トイレ	P トイレ	紙パンツ	オムツ	その他(_____)			
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助				
	一般浴	自立	シャ-浴	特殊浴	清拭	その他(_____)			
精 神 状 態	自 立 度	自立	a	b	a	b	M		
	問題行動	無	不潔行為	徘徊	夜間せん妄	奇声	うつ傾向		
	妄想	無	異食	拒食	拒薬	暴力	暴言		
	転落	無	帰宅願望	被害妄想	見当識傷害	幻聴・幻覚			
	危険への認識 対応策	無	有	ミトン	センサーマット	転落防止マット	その他(_____)		
睡 眠 状 況		良眠	浅眠	不眠	眠剤(_____)				
痛みの訴え		無	有 部位(_____)						
生 活 リ ズ ム		規則的	不規則	昼夜逆転	その他(_____)				
保 険 情 報	医療保険	保険者番号 : _____		受給者番号 : _____		(本人・家族)(負担 割)			
	公 費	無	有 (_____)	担 当 者 :					
	身障手帳	無	有 (_____)	申 請 中					
	介護保険	無	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中	区変中			
居宅事業所 :		ケアマネジャー :							

