

【日常生活動作状況書】

患者氏名

記載日

年

月

日

機関名

記載者

ADL状況	移動等	移動手段	独歩	杖歩行	歩行器	車いす	ストレッチャー			
		必要な介助	有	無	(全介助 一部介助 見守り)					
		転倒歴	有	無						
	栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取	自立	見守り	一部介助	セッティングで自力摂取		全介助		
		嚥下	むせこみ	有	とろみ	有	ST介入	有		
		食事内容	食						kcal	
		主食	米飯	やわらかごはん	全粥	粥ゼリー	粥ミキサー			
		副食	普通	一口大	1cm角	きざみ	ミキサー			
		補食	製品名						回/日	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	経鼻経管	固定	cm					
				次回交換予定日	年	月	日			
			胃ろう	メーカー						
				サイズ	Fr.				cm	
				造設日	年	月	日			
		次回交換予定日	月	日						
		栄養剤名								
		1日量	朝	kcal		昼		kcal		
	水分		ml		水分		ml			
	夕		kcal		眠前水分		ml			
	水分	ml		<input type="checkbox"/>		薬のみ注入				
	<input type="checkbox"/> 補液	CV	PICC	CVポート	末梢のみ		挿入部位			
		挿入日	年	月	日		製品名			
		1日量	ml				ポートのみ			
	排泄	排尿	自立	トイレ	Pトイレ	リハビリパンツ	オムツ			
			フォーレ	次回交換予定日			月	日		
		排便	自立	トイレ	Pトイレ	リハビリパンツ	オムツ	ストマ		
	便秘時の対応									
清潔	入浴	可	不可							
	洗面	自立	セッティング		全介助					
	歯磨き	自立	セッティング		全介助					
	更衣	自立	一部介助	全介助						
身体状況 ①	障害	視力	有	無	白内障	緑内障	その他 ()			
		聴力	有	無	(左 右)					
		麻痺	有	無	部位					
		拘縮	有	無	部位					
		言語	有	無	備考					

身体状況 ②	身長／体重	c m			k g					
	意識レベル	JCS	I -1 III-100	I -2 III-200	I -3 III300	II -10	II -20	II -30		
	意思疎通	有	無	会話可能 うなずきのみ	(見当識 ジェスチャーのみ	混乱	単語のみ 筆談)	
精神状況	認知症状	有	徘徊	昼夜逆転	夜間不穩	暴言	暴行	独語	不潔行為	
		無	幻視	幻聴	幻覚	奇声	介護抵抗			
	その他									
身体拘束	有	無	体幹	ミトン	(左	右)		
			その他	(
医療行為	喀痰吸引	約			回／日	自己喀出可		不可		
	人工呼吸器	メーカー				モード				
	ASV NPPV	メーカー						終日	夜間のみ	
	気管切開	メーカー				製品名				
		サイズ				次回交換予定日				月
	透析	月	水	金	シャント		カテーテル			
		火	木	土	部位					
	褥瘡	部位			DESIGN-R		処置			
ペース メーカー	メーカー			次回検査予定日 (予約先施設名)						
酸素	ℓ / min.		備考							
感染症	HBV	陽性	陰性	未検	検査日	月	日			
	HCV	陽性	陰性	未検	検査日	月	日			
	疥癬	陽性	陰性	未検	検査日	月	日			
	MRSA	陽性	陰性	未検	検査日	月	日	より検出		
	その他									
リハビリ 処方箋	疾患別リハビリ			脳血管疾患等リハ		廃用症候群リハ		運動器リハ		
	疾患名			呼吸器リハ		がんリハ				
	廃用症候群にかかる 急性疾患等の疾患名			よる廃用症候群 (廃用症候群リハの場合のみご記載ください)						
	疾患名診断日			年	月	日				
	呼吸器リハビリ開始日			年	月	日	(呼吸器リハの場合のみご記載下さい)			
その他	介護保険	有	無	申請中	区変中	認定調査済	(調査日)	月	日	
	要支援	要介護								
	居宅介護 支援事業所	担当者名								
キーパーソン①				キーパーソン②						