

# ADL確認票

記入者： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_ 記入日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 患者氏名

生年月日 M.T.S.H. \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 才 ( PT・OT・ST ) 実施中  
保険種別 ( 健本・健扶・後期高齢者・国保・老福・難病・身障 \_\_\_\_ 級・生保・その他 \_\_\_\_ )

## \* ADL状況

1. 食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 ( 鼻腔・胃ろう )
2. 排泄 病棟トイレ ( 自立・介助 ) ・ ポータブルトイレ ( 自立・介助 )  
尿器 ( 自立・介助 ) ・ オムツ・リハビリパンツ ・ ハルーン  
尿・便意 / 無・有・不明
3. 移動 独歩 ・ 介助歩行～監視歩行 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ( 自繰・介助 )
4. 移乗 自立 ・ 要監視 ・ 一部介助 ・ 半介助 ・ 全介助
5. 立位 自立 ・ 介助 ・ 不能 6. 寝返り 自立・介助
7. 坐位保持 自立 ( \_\_\_\_ h ) ・ 背もたれ必要 ( \_\_\_\_ h ) ・ 不能

## \* 心身状況等

1. 麻痺 無・有 ( 右 / 左片麻痺・単麻痺・四肢麻痺 )
2. 意識障害 無・有 ( 昏睡・傾眠・混濁・その他 \_\_\_\_ )
3. 精神・痴呆症状  
◇ 無・有 ( 具体的にお願いします → \_\_\_\_ )  
記憶障害・見当識障害・独語・大声・不穏・夜間せん妄  
徘徊・危険動作・不潔動作・暴力行為・その他
- ◇ 抗精神薬 無・有
4. コミュニケーション 口頭で可能 ( 話せないが通じる・単純なことのみ通じる )  
援助があれば可能 ( 方法 : 具体的に → \_\_\_\_ )  
援助しても制限有り・不可
5. ナースコール 押せる・押せない 6. 言語障害 無・有
7. 聴力障害 無・有 8. 視力障害 無・有
9. 他科受診 無・有
10. 感染症 HBs ( 無・有 ) HCV ( 無・有 ) TPHA ( 無・有 ) 疥癬 ( 無・有 )  
MRSA ( 無・有 ) リハビリの実施に影響があるためどちらの場合も記入願います  
直近1ヶ月の検査限定 検査日 \_\_\_\_ 部位 \_\_\_\_ グレード \_\_\_\_
11. 褥創 無・有 ( 部位 : \_\_\_\_ 状況 : \_\_\_\_ )
12. 吸引 無・有 ( \_\_\_\_ 分毎 )
13. 酸素 無・有 ( 常時・時々 \_\_\_\_ 分 )
14. キーパーソン・家族 無・有
15. 居室希望 個室 ( 有料 ) ・ 大部屋 ( 無料 )