

(ADL等)チェックシート

記入日 年 月 日

【基本情報】

ふりがな			
氏名		性別	(男・女)
生年月日	(T・S・H)	年	月 日

【療養・生活状況】

(項目)	(内容)	(備考)
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	
	独歩・手引き・杖・歩行器・車椅子・その他	
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	※該当する際は詳細を記入
	布パンツ・オムツ・リハビリパンツ・尿パット バルーンカテーテル(Fr)※・その他	
	排便コントロール(有・無)※	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・胃瘻※	※該当する際は詳細を記入
	(主食) 米飯・軟飯・粥・ペースト・他	
	(副食) 常菜・軟菜・刻み・ペースト・他	
	(特別食) 無し・療養食・制限食・他※ (摂取量) 全量・7割・半量・3割・1割	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	
	一般浴・機械浴・シャワー浴・清拭・他	
口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助	
	義歯(有・無)・その他	
夜間の状態	良眠・不眠・その他	
精神の状態	安定・不安定・その他	
視覚・聴覚	支障無・支障有・その他	
その他の支援		

【体調・治療管理】

身長	(cm)	体重	(Kg)…測定日(/)
バイタルサイン	※直近の平均値を記入		
BP	(/)	P	()
KT	()	SPO2	()
(その他の測定) ※血糖測定等			
特別な医療	有・無	褥瘡・皮膚トラブル	有・無
(○で囲む)	点滴・酸素療法	吸引・処置	インスリン・その他※
(備考) ※該当する際は詳細を記入			
内服・外用薬情報	※診療情報提供書(紹介状)へ記載されていない薬剤・目薬等		
その他の特記事項	※特別な対応や配慮の必要性等		