ADL・医療　確認シート ②

様

ADL		身長	体重	血圧　　／	脈拍	SPO2

移動	□独歩・杖　□歩行器・ｼﾙﾊﾞｰｶｰ　□車椅子（ 標準 ・ ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ ）　□ストレッチャー				
	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助				
	□転倒歴有（場面・頻度・予防法等				
	特記				
麻痺	なし ・ あり　完全麻痺／不全麻痺（Br/s:　　）（部位:				
拘縮	左	なし ・ あり　関節名: 肩 ・ 肘 ・ 手 ・ 指 ・ 股 ・ 膝 ・ 足 ・ その他（			
	右	なし ・ あり　関節名: 肩 ・ 肘 ・ 手 ・ 指 ・ 股 ・ 膝 ・ 足 ・ その他（			
移乗	□自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助　／　□1人介助　□2人介助				
	特記				
体位変換	□自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助　／　□エアマット　□褥瘡予防マット				
	特記				
排泄	日中	□自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助　／　□フォーレ　□人工肛門			
	回	□トイレ　□Pトイレ　□尿器　□布パンツ　□オムツ（□オープン　□リハパン　□パット）			
	夜間	□自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助　／　□フォーレ　□人工肛門			
	回	□トイレ　□Pトイレ　□尿器　□布パンツ　□オムツ（□オープン　□リハパン　□パット）			
	特記				
入浴	□個浴・介助浴　□機械浴（ チェアイン ・ リフト ）　□シャワー浴　□清拭				
	□自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助				
	特記				
着脱	□自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助				
	特記				
食事	□自立　□セッティングにて自立　□誘導・見守り　□一部介助　□全介助				
	主食:□米飯　□全粥　□ミキサー　□ペースト　　摂取量:				
	副食:□常食　□一口大　□荒刻み　□極刻み　□ミキサー　□ペースト　摂取量:				
	療養食	なし ・ あり （内容:　　）	ｱﾚﾙｷﾞｰ	なし ・ あり （　　）	
	咀嚼困難	なし ・ あり	むせ込み	なし ・ あり	
	トロミ	なし ・ あり（ 薄 ・ 中間 ・ 濃	水分制限	なし ・ あり （　　）	
	禁止食品	なし ・ あり （　　）	自助具	なし ・ あり （　　）	
	特記				
口腔ケア	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助		義歯	あり ・ なし　総義歯　／　一部義歯	
	特記				
精神症状	□ 精神症状あり（詳細は下記にご記入ください）　□ 精神症状なし				
	物忘れ ・ 異食 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 放尿 ・ 作話 ・ 妄想 ・ 収集癖 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 暴言				
	暴行 ・その他（　　）				
	詳細　　:				
	対応方法等 :				
指示入り	良 ・ 曖昧 ・不良 （詳細:　　）				
意思表示	良 ・ 曖昧 ・不良 （詳細:　　）				
抑制	あり ・ なし　（体幹 ・ 四肢 ・ ﾍﾞｯﾄﾞ柵 ・ 車椅子安全ﾍﾞﾙﾄ ・ ｾﾝｻｰﾏｯﾄ ・ つなぎ ・ ﾐﾄﾝ ）				
	理由・詳細				
夜間の様子	□良眠　□浅眠　□日により波あり　□不眠（□眠剤あり）				
	理由・詳細				
視覚	□良好　□眼鏡使用　□障害有（左 ・ 右　　）				
	特記				
聴覚	□良好　□補聴器使用　□障害有（左 ・ 右　　）				
	特記				
言語	□失語症（　　）　□その他（　　）				
	特記				
リハビリ	□なし　□PT・OT・ST（内容　　）				

ベット周囲環境
柵、Pトイレ、センサーマット等
ご記入ください

住宅型有料老人ホーム　グランカーム黒埼