ＡＤＬ情報

※ 記入方法(該当項目の●でチェック)

記入月日(　　年　　月　　日)

利用者名【　　様】【　　才】

☆記入者:所属会社名(　　)
:部署(　看護 ・ 介護 ・ CM　)
:氏名(　　)

介護度	(　　)	障害老人自立度(　　)		痴呆老人自立度(　　)	
食事	主食	○米飯 ○全粥 ○分粥(○7分○5分○3分) ○ミキサー			○自立 ○一部介助 ○全介助
	副食	○常食 ○キザミ ○極キザミ ○ミキサー ○トロミ付き ＊ 普通食 ＊特食 (　　)			
	提供エネルギー量	キロカロリー	蛋白質量	g	食事摂取量 %
	栄養補助食品使用	○有○無	＊有の場合商品名→		
	禁止食品		嚥下困難	○有 ○無	
	その他食事に関する注意点 (偏食、早食いなど)				
	義歯	○有 (○総義歯 ○上のみ ○下のみ ○部分義歯) : ○ 無			
	口腔ケア	○自立 ○一部介助 ○全介助	＊ 義歯預かり ○有 ○無		
排泄	便尿意	○有 ○時々有り ○無	失禁	○有 ○時々有り ○無	
	昼	○トイレ誘導 ○ 尿器使用 ○ポータブルトイレ ○RHパンツ ○ パット ○オムツ ○布パンツ			○自立 ○見守り ○一部介助 ○全 介 助
	夜	○トイレ誘導 ○尿器使用 ○ポータブルトイレ ○RHパンツ ○ パット ○オムツ ○布パンツ			
入浴		○ 一般浴 ○中間浴 ○特浴			○自立 ○一部介助 ○全介助
更衣		○自立 ○一部介助 ○全介助			
皮膚	湿疹	○有○無	褥創	○有○無	
	浮腫	○有○無	外傷等	○有○無	
視力障害		○有○無	＊有の場合 ○右目 ○左目 日常生活への支障 (○有 ○無) ※ メガネ ○有 ○無		
聴力障害		○有○無	＊有の場合 ○右耳 ○左耳 ○かなりの難聴 ○やや難聴 ※ 補聴器 ○有 ○無		
言語障害		○有○無	＊有の場合 ○失語症 ○構音障害 ○呂律障害 ○その他		
運動障害	麻痺	○有○無	＊有の場合 ○右片麻痺 (○右上肢 ○右下肢) ○左片麻痺 (○左上肢 ○左下肢) ○四肢片麻痺 ○両下肢麻痺		
	拘縮	○有○無	＊有の場合 ○肩関節 (○右 ○左) ○肘関節 (○右 ○左) ○膝関節 (○右 ○左) ○股関節 (○右 ○左)		
動作	立位	○自立にて可(何かにつかまって可も含む) ○一部介助で可(支えてもらう等) ○不可			
	座位	○自立にて可(何かにつかまって可も含む) ○一部介助で可(支えてもらう等) ○不可			
	体位変換	○自立にて可(何かにつかまって可も含む) ○一部介助 ○不可			
	移動	○自立歩行 ○杖歩行 ○歩行器 ○シルバーカー使用 ○車イス(○自操 ○介助)			
認知症状態	○有○無	＊ 周 辺 症 状 ○徘徊 ○帰宅願望 ○収集癖 ○脱衣行為 ○異食行為 ○幻聴 ○幻視 ○妄想 ○不潔行為(便いじり等) ○物忘れ ○暴言 ○暴力 ○大声を出す ○介護拒否(入浴拒否等) ○失見当			
コミニュケーション		○良好 ○やや困難 ○ 困難			
夜間の様子		○良眠 ○普通 ○不眠 ○昼夜逆転 ○眠剤服用			
		特記事項			
その他		・タバコを吸いますか？ (○はい ○いいえ) ・お酒を飲みますか？ (○はい ○いいえ) ・自分の名前を言えますか？ (○はい ○いいえ) ・自分の年を言えますか？ (○はい ○いいえ)			

【 介護老人保健施設 しょうじゅの里 大和 】