

利用前状況連絡表(ADL表:看護師様/ケアマネージャー様作成)

利用者氏名						様
生年月日	M・T・S	年	月	日	歳	要介護度 3・4・5

移動	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス(自操・介助)				
	車イス種類	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> リクライニング				
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他[])				
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(肩・肘・股・膝・足・その他[])				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可(分位) <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 不可(全介助)				
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば出来る <input type="checkbox"/> 不可(全介助)				
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 短時間なら可(分位) <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可				
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
	拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(Y字ベルト・柵固定・つなぎ服・ミトン・その他[]) * 拘束理由()				
	転倒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に()				
	補足 特記事項					

食事	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> その他()				
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> その他()				
	食事量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> その他()				
	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう				
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> エプロン				
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 悪い	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度:)		
	トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(主食・副食・水分)	トロミ強度	<input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> その他		
	水分 摂取量	CC/日				
	嗜好	<input type="checkbox"/> 好きな食べ物()・嫌いな食べ物()				
	療養食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(糖尿病 kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限 g <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> その他[])				
	禁止食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有るが使っていない <input type="checkbox"/> 有(自己管理・施設管理)		自歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	義歯種類	<input type="checkbox"/> 上(総入れ歯・部分入れ歯・インプラント) <input type="checkbox"/> 下(総入れ歯・部分入れ歯・インプラント)				
	補足 特記事項					

排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無				
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 * 排便回数(回/日)				
	日中	下着	<input type="checkbox"/> 布パン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
		状況	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(見守り・コール対応) <input type="checkbox"/> 全介助			
	夜間	下着	<input type="checkbox"/> 布パン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
		状況	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(見守り・コール対応) <input type="checkbox"/> 全介助			
	補足 特記事項					

利用前状況連絡表(ADL表)

整容	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 (チェア浴・寝台浴[仰臥居位入浴]) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 整える程度 <input type="checkbox"/> 一部介助 (上衣・下衣・ボタン・靴下・装具) <input type="checkbox"/> 全介助		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	補足 特記事項			

コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない(眼鏡: 無・有 / 自己管理: 可・不可)		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> 少し聴こえる <input type="checkbox"/> 聴こえない(補聴器: 無・有 / 自己管理: 可・不可)		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可	理解力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無
	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	補足 特記事項			

医療	病歴	主病名(既往歴)	発症時期	治療状況	病院名		
	身長/体重	身長	cm	体重	kg		
	バイタル	体温:	°C台	血圧: 最高	最低	脈拍:	前後
	内服薬	処方内容: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	外用薬	処方内容: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他()					
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬() 食べ物()					
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [薬剤名:])						
補足 特記事項							

記入日	(H 年 月 日)
記入者名	(所属: 職種: 氏名:)