

みつわ台総合病院 ADL 調査票

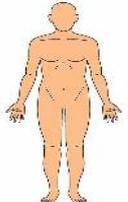
氏名 _____

調査日 年 月 日

リハビリテーション目標

寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	V
視力	普通	弱右左	かすかに右左	全盲	その他 ()			
聴力	普通	難右左	要補聴器	全く聞こえず	その他 ()			
言語	普通	失語	言語障害	発語なし	その他 ()			
意志伝達	☆	できる	できる時できない時がある	できない	その他 ()			
指示理解	☆	通じる	通じない	その他 ()				
睡眠	普通	時に不眠	不眠	眠剤使用	その他 ()			
衣服の着脱	☆	自立	一部介助	着衣失行あり	全介助	その他 ()		
食事摂取	☆	自立	一部介助	全介助 (経口)	経管栄養	その他 ()		
排泄	自立	介助トイレ	ポータブル	オムツ (昼・夜)	その他 ()			
褥瘡	無	発赤	一部 ()	大きい ()				
寝返り	☆	自立	つかまれば可	介助 (一部・全)	不可			
床上安静の指示	☆	有	無					
起き上がり	☆	自立	つかまれば可	介助 (一部・全)	不可			
座位保持	☆	自立	つかまれば可	支えがあれば可	不可			
立ち上がり	自立	つかまれば可	介助 (一部・全)	不可				
立位保持	自立	つかまれば可	介助 (一部・全)	不可				
移乗	☆	自立	つかまれば可	見守り可	介助 (一部・全)	不可		
移動方法	☆	自立	杖歩行	つかまれば可	車椅子 (自立・介助)	不可		
入浴	自立	介助 (監視・一部・全)	機械浴	その他 ()				
口腔ケア	☆	自立	介助 (監視・一部・全)	その他 ()				

どちらかの手を胸元まで持ち上げられる ☆ 上げられる 上げられない

障害の部位	右		左	手 (麻痺 硬直 欠損)	ADL評価	点
			足 (麻痺 硬直 欠損)	_____	_____	
			体幹	_____	_____	
				_____	_____	

問題行為	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 危険行動がある☆	<input type="checkbox"/> 徘徊する	<input type="checkbox"/> 部屋やトイレを間違える
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 見当識障害がある	<input type="checkbox"/> 昼夜が逆転	<input type="checkbox"/> 帰宅欲求が強い
		<input type="checkbox"/> 外出し迷子になる	<input type="checkbox"/> 暴力行為がある	<input type="checkbox"/> 不潔行為がある
		<input type="checkbox"/> 幻想や妄想がある	<input type="checkbox"/> 何でも口に入れる	<input type="checkbox"/> 大声を出す
		<input type="checkbox"/> その他 ()		

感染症 MRSA (- ・ +) 部位 () 検査日 年 月 日
 ※入院日までに検査データをFAXにてお送り下さい。

退院後	介護保険 有 (介護度) 無
①本人希望 自宅・施設・不明	* 有の場合の担当と連絡先
②家族希望 自宅 (介護者)	()
施設	* 無の場合
③経済問題 無・有 ()	申請手続き説明 / 調査日 /

☆：日常生活機能評価該当項目