ADL・生活状況確認シート（通所リハビリテーション用）

記載日　　年　　月　　日

病院・施設名：　　　　記載者氏名：　　　　職種：

氏名		男 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年　　月　　日生　　歳
医療行為	□あり □なし	服薬管理	□自立 □一部介助 □全介助

〈身体状況〉

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M

認知症	診断 □なし □あり（□アルツハイマー型 □脳血管性 □レビー小体型 □その他（　　））	
	代表的なエピソード	
視覚障害	なし ・ あり　□眼鏡　□その他機器　（　　）	
聴覚障害	なし ・ あり　□補聴器　□その他機器　（　　）	
言語障害	なし ・ あり　（　　）	

〈ADL〉

移動	□独歩 □杖 □伝い歩き □歩行器 □ｼﾙﾊﾞｰｶｰ □車椅子 □寝たきり □その他（　　）	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □転倒歴有	
	特記事項	
麻痺	なし ・ あり （ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ）　部位：	
排泄	□自立 □誘導・見守り □一部介助 □全介助 ／ □オムツなし □オムツあり（□ｵｰﾌﾟﾝ□ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ □ﾊﾟｯﾄ）	
	特記事項	
食事	□介助あり □不要 ／ 主食（ □ご飯 □全粥 ） 副食 （ □普通 □一口大 □刻み □ペースト ）	
	誤嚥性肺炎の既往 □なし □あり	
	咀嚼困難	なし ・ あり　トロミ　不要 ・ 要（程度：　　）
	特記事項	例）アレルギー、制限食等
清潔	入浴	□自立 □誘導・見守り □一部介助 □全介助
	口腔ケア	□自立 □誘導・見守り □一部介助 □全介助
	義歯	□あり □なし

日課・習慣・趣味等

性格・価値・信念等