

医療法人ピーアイエー

ADL評価票

実施日	令和	年	月	日	場 所		
氏 名					作成者氏名		
身 長	cm		体 重	kg(測定日: 月 日)		利き腕	右 ・ 左
麻痺 (－・右・左) 筋力低下 () 拘縮 ()			言語障害 (－・軽・中・重) 視力障害 (－・軽・中・重) → 眼 鏡 (－・＋) 聴力障害 (－・軽・中・重) → 補聴器 (－・＋)				
食 事	全介助 ・ 部分介助 ・ 自立			方法	箸・スプーン 水分とろみ (有・無)		
	主食	ご飯・お粥・()		副食	普通食 ・ キザミ ・ ペースト・()		
	偏食			アレルギー			
	胃瘻の希望 : 有り () ・ 無し ・ 未定						
口 腔	義歯		自歯		嚥下	良好 ・ 不良 ムセ (有・無)	
排 泄	全介助・部分介助・自立		誘導・声かけ・要監視		【備考】		
	尿意 (－・＋・±) 便意 (－・＋・±)						
	便秘 (－・＋) 1回/日 失敗頻度						
	方法 (おむつ・紙パンツ・尿パット・ポータブル・トイレ・その他)		紙パンツ等使用枚数 (枚/日)				
移 動	全介助・部分介助・自立		杖・歩行器(タイプ:) 車椅子・その他()		車イス: 標準・リクライニング 自操 可・不可		
入 浴	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り		シャワー浴・特浴・その他()		
更 衣	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
寝返り	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
起上がり	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
座位保持	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
起立(いす)	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
起立(床)	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
立位保持	全介助・部分介助・自立		声かけ ・ 見守り				
褥 瘡	(－・＋) 部位:		処置:				
睡 眠	不眠 ・ 薬剤使用 ・ 良眠		薬剤:		トイレ回数:		
	※不眠時の様子 (体動・見守り対応)						
コミュニケーション	不良 ・ 一部不良 ・ 良好		方法				
飲酒	有り ・ 無し		喫煙	有り ・ 無し			
備 考	センサー: 有・無 (種類:) ベッド柵: 点柵 (備考) 拘束 抑制: 有・無 () 感染症: 有・無 (病原体: , 箇所: 尿・便・痰・血液・その他) 【医療管理】 酸素: 有・無 () 喀痰吸引: 有・無 (1日 回) 点滴: 有・無 (頻度: 内容:) 【認知症の症状等】 ◎記憶力障害: 有・無 ◎徘徊: 有・無 ◎介護抵抗: 有・無 ◎幻覚・妄想: 有・無 ◎興奮: 有・無 ◎暴言: 有・無 ◎暴力: 有・無 ◎大声: 有・無 上記の詳細、その他BPSD・危険行動、その他必要な医療管理等 []						