

# レスパイト ADL確認表

記載日 年 月 日 (担当者名: )

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平			
患者氏名			年	月	日	歳
かかりつけ医						
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (要介護 要支援 ) 担当CM ( )					

項目			特記事項
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	1日 ( ) 食 <input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕	経管栄養の内容 朝 ( ) 昼 ( ) 夕 ( ) チューブのサイズ ( ) 交換予定日 ( / )
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	禁止食物 ( )	
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 制限食 ( ) kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 )	
		CV・ポート <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル ( ) Fr / 挿入	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 便秘時の対応 ( )	
	<input type="checkbox"/> 全介助		
清 掃	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴	
	<input type="checkbox"/> 見守り		
	<input type="checkbox"/> 部分介助		
	<input type="checkbox"/> 全介助		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	義歯 <input type="checkbox"/> 有 ( 総 ・ 部分 ) <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 見守り		
	<input type="checkbox"/> 部分介助		
	<input type="checkbox"/> 全介助		
活 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<移動手段>	
		移 動 : <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
		運動機能障害 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		衣服着脱 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		麻 痺 : <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
		視覚障害 : <input type="checkbox"/> 有 ( 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト )	
聴覚障害 : <input type="checkbox"/> 有 ( 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			
言語障害 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
コミュニケーション	(発語) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (構音障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (意思疎通) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
意識・精神状態	認知機能低下・認知症 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害		
	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊		
	夜間 : <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不良 (薬剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (状態 )		
	部位・サイズ ( )		
	処置・方法 ( )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位 : 大きさ : 処置 : )		
	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 ( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 酸素 ( l/分 マスク・カヌラ )		
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 薬品名 ( ) <input type="checkbox"/> 投与時間 ( )		
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー		
	<input type="checkbox"/> 気管切開 チューブのサイズ ( ) <input type="checkbox"/> 交換予定日 ( )		
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬品名 ( ) 単位 ( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		