

A D L の 状 況

氏名 () 記録担当者 () 令和 年 月 日

既往歴・ 現病歴等	既往歴 : 現病歴 : 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
移動・ 移乗等	車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 移乗 (<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 (<input type="checkbox"/> 昼間 ・ <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 昼間 ・ <input type="checkbox"/> 夜間) 尿意 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 便意 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
衣類の着脱	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> あり 特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし
入浴	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> あり 特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし
会話	意思疎通 (<input type="checkbox"/> 概ね可能 <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 不可能) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
食事	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 <input type="checkbox"/> 全介助) (<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> その他) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
精神状態	記憶障害 <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 見当識障害 <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
その他の 対処方法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし