

## 身体状況・A D L 状況

記入日 年 月 日  
記入者

氏名	男・女 M・T・S・H	年	月	日	才
	身長	cm	体重	kg	
病名	発病月日 年 月 日				
食事	経口 (全介助・一部介助・自立 むせ込み (あり・なし))				
	義歯 (あり(上歯・下歯)・なし)				
	経管 (鼻腔・胃瘻・その他)				
	挿入チューブのメーカー( ) タイプ( ) サイズ( ) 交換日 月 日				
排泄	便意 (あり・なし)	尿意 (あり・なし)			
便	全介助	一部介助	自立 (ポータブルトイレ)	トイレ	
尿	全介助	一部介助	自立		
起立	全介助	一部介助	自立		
移動	全介助	一部介助	自立 (杖・歩行器・車椅子・装具)		
入浴	全介助	一部介助	自立 (機械浴・一般浴)		
聴力障害	あり	大きな声で聞こえる	なし		
視力障害	全盲	見えるが不完全	空間無視 (左・右)	なし	
意思表現	不可	基本的欲求のみ可	普通		
話の理解	不能	まれに理解あり	普通		
機能障害	あり (四肢麻痺 (右・左))	関節拘縮	なし		
意識障害	あり (昏迷・傾眠・混濁)	なし			
認知症状	あり (状況)	なし			
問題行動	徘徊	奇声	暴力	暴言	昼夜逆転
	妄想	幻覚	その他 ( )		
感染症	MRSA	疥癬	綠膿菌	ワ氏	HCV
褥瘡	あり (部位)	なし			
医療処置	点滴管理	中心静脈栄養	経管栄養 (経鼻・胃瘻)		
	酸素	気管切開	ペースメーカー	吸引	ストマ
	インシュリン(回/日)	単位	人工肛門		
	留置カテーテル (サイズ)	交換日 月 日	その他		
退院後	在宅	病院	施設 (老健施設)	特養	
	グループホーム等	その他( )			
キーパーソン	父	母	夫	妻	
	息子 (長男)	次男	(男)	娘 (長女)	次女 (女)
	婿	嫁	兄	弟	姉
	既婚	未婚			
	同居	別居	独居	その他	
家族の受け止め					

看護・介護上の問題点