

介護サマリー

殿

(男・女) M・T・S 年 月 日生

記録日 年 月 日

施設・病院名

記録者名

○生活面での様子

食事について	
排泄について	
入浴について	
夜間について	
精神面について	
性格	
その他	

ADL表

要介護度	1	2	3	4	5	要支援	1	2
麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(部位)					
拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(部位)					
痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(部位)					
皮膚	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 乾燥肌	<input type="checkbox"/> 皮膚科受診あり	(処置内容)				
床ずれ	<input type="checkbox"/> なし	(処置内容)						
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えづらい	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 点眼薬使用	()			
	<input type="checkbox"/> 手術歴あり	→白内障、緑内障、(いつ頃)						
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> かなり難聴	<input type="checkbox"/> 補聴器使用				
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聴き取りづらい	<input type="checkbox"/> 呂律がまわらない	<input type="checkbox"/> 失語症				
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り程度	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り程度	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 立位不可			
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 背もたれ必要	<input type="checkbox"/> 出来ない					
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 車椅子使用	(自走可能・要介助)			
トランス	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
食欲	<input type="checkbox"/> ほとんど残さず食べられる	<input type="checkbox"/> 半分以上は食べられる	<input type="checkbox"/> ほとんど食べられない					
摂食器具	<input type="checkbox"/> お箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自具					
食事内容	主食： <input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> カロリー制限	(kcal)			
	副食： <input type="checkbox"/> 常菜							
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> ときどきむせる	<input type="checkbox"/> むせやすい	<input type="checkbox"/> 水分とろみ必要				
食べこぼし	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 多少あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> エプロン使用				
水分摂取	<input type="checkbox"/> 良く飲む	<input type="checkbox"/> 声をかければ飲む	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない					
義歯	<input type="checkbox"/> なし	総入歯(上・下)		<input type="checkbox"/> 部分入歯(上・下)				
尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> ない					
便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> ない					
失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 間に合わず失禁あり	<input type="checkbox"/> ときどき失禁する	<input type="checkbox"/> 常に失禁する	()			
排泄	日中： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要	(介助内容)					
	夜間： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助必要	(介助内容)					
オムツ	<input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 使用あり	日中→リハパン・尿取パット・オムツ					
			夜間→リハパン・尿取パット・オムツ					
便秘症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> 常に便秘ぎみ	<input type="checkbox"/> 下剤服用あり	<input type="checkbox"/> 排便 日に1回			
入浴	一般浴： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	シャワー浴： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	機械浴： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
更衣	上着： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	下着： <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> あまり眠れない	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 睡眠薬必要	()			
認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	：症状→ <input type="checkbox"/> 失見当識	<input type="checkbox"/> 健忘	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚		
			<input type="checkbox"/> 大声・奇声	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 帰宅要求		
			<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 独語	
			<input type="checkbox"/> その他	()				
身体拘束	<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要	：車椅子抑制(理由)					
			ベット抑制(理由)					
			つなぎ(理由)					
			その他(理由)					
転倒の危険	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> ときどき危険な行動がある						
	<input type="checkbox"/> 歩けないのに歩こうとする等の危険な行動が常にあり	目が離せない						