ADLチェックシート	
身体状況	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 □歩行（杖・歩行器・シルバーカー） □車いす　□ベッド上
食事	□自力摂取　□見守り　□一部介助　□全介助 □胃ろう　　□経鼻　　□中心静脈栄養
排泄	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 トイレ・オムツ・ストーマー・尿カテーテル
清潔	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 一般浴・機械浴・シャワー・清拭
医療行為	□点滴（末梢・中心静脈・CVポート） □吸引（　　回/日） □インスリン注射 □酸素（　　ℓ） □人工透析（月・火・水・木・金・土） □気管切開（カニューレタイプ：　　サイズ：　　） □人工呼吸器
感染症	□なし □MRSA（痰・尿・便・その他　　） □HBs抗原 □HCV抗原 □梅毒 □結核
精神状態	□認知症 徘徊・大声・暴力行為・不潔行為・その他
要介護認定	□申請中（　　/　　）□要支援1・2　□要介護1・2・3・4・5
ケアマネージャー	事業所名：　　担当者名：
利用していたサービス	□訪問診療　□訪問看護　□訪問介護　□訪問リハビリ □福祉用具　□通所リハビリ　□通所介護　□ショートステイ
かかりつけ医	医療機関名：　　主治医：
現在の住まい	□在宅　□施設（　　）
退院先	□自宅　□施設（　　）
家族構成	◆キーパーソン 同居・別居（　　）
備考	