



## ADL 治療・ケアの確認リスト

入院日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 患者氏名 ( ) 評価日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 記載者サイン (医師・看護職員 _____ サイン _____)
---

(1) ADLが低下した分野

	ADLの項目	前月末日の段階	当月末日の段階
①	ベッド上の可動性		
②	移乗		
③	食事		
④	トイレの使用		

※ 段階は、評価の手引きⅢADL区分にある0～6段階で記入する。

(2) ADL低下の原因

(急性期治療後 急性期後の長期臥床 薬剤の副作用 痛み うつ状態  
難病等 その他 \_\_\_\_\_)

(3) ADL改善又は低下予防に係る治療・看護計画 (あり なし)

(4) 総合的なADL改善又は低下予防に係る職員研修 (あり なし)

(5) リハビリテーションの実施 (あり なし)

## 尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 患者氏名 ( )
評価日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
記載者サイン (医師・看護職員 _____ サイン _____)

### (1) 診断名

(急性膀胱炎 急性腎盂腎炎 慢性膀胱炎 慢性腎盂腎炎  
その他 \_\_\_\_\_)

### (2) 診断時の症状

・自覚症状 (排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛 その他\_\_\_\_\_)

・バイタルサイン ( ) 月 ( ) 日 体温 ( )

・検査値等

血液 : ( ) 月 ( ) 日 白血球 ( ) CRP ( )

尿 : ( ) 月 ( ) 日 白血球 ( ) 細菌尿 ( )

尿培養 : ( ) 月 ( ) 日 → 起炎菌 (大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチ  
ア菌 その他\_\_\_\_\_)

### (3) 実施した治療・ケア

・抗生剤の投与 : 点滴 ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間

・経口投与 ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間

・水分補給 1日あたり (点滴\_\_\_\_\_ 経口\_\_\_\_\_)

## 身体抑制 治療ケアの確認リスト

入院日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 患者氏名 ( )
評価日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
記載者サイン (医師・看護職員                      サイン                      )

(1) 身体拘束の行為 (該当するものにチェック)

- 四肢の抑制
- 体幹部の抑制
- ベッドを柵 (サイドレール) で囲む
- 介護衣 (つなぎ服) の着用
- 車いすや椅子から立ち上がれないようにする  
(抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用)

(2) 身体拘束の実施に係る3つの要件 (切迫性・非代替性・一時性) に該当している  
こと、およびその記録 (あり なし)

(3) 本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法 (口答のみ 文書のみ 口答と文書の両方)

② 説明の内容 (該当するものにチェック)

- 身体拘束の内容
- 目的
- 理由
- 拘束の時間帯および時間
- 実施する期間