ADL表　　平成　　年　　月　　日　作成　患者様氏名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 食　事 | アイテムを選択してください。 |
| 入　浴 | アイテムを選択してください。 |
| 整　容 | アイテムを選択してください。 |
| 移　動 | アイテムを選択してください。 |
| 排　泄 | アイテムを選択してください。 |
| 着　替 | アイテムを選択してください。 |
| 寝たきり度 | アイテムを選択してください。 |
| 認知症状の変化 | アイテムを選択してください。 |
| 認知症の日常生活自立度 | アイテムを選択してください。 |
| 特記事項 | |

※すべて記載の上、提出をお願いします。記載漏れの場合、再度提出して頂く事になります。

三大寺リハビリクリニック