

日常生活動作 (ADL) 確認表

Ver.2 3 / 3

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 様 記入者： _____ (所属 _____)

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他(特記事項)		
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況(特記事項に記入))				
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位など：特記事項)		
特記事項						
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(□介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(□介助要) <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> 尿器 (□介助要) <input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ				
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし(排便 _____ 日に1回)	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり	夜間の状況	就寝後の排泄回数(約 _____ 回)		
	特記事項					
入更浴衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他(特記事項)				
	特記事項					
食事・口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない		
	むせ込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり	水分トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (□薄・□普通・□濃)		
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通(□全量・□ハーフ) <input type="checkbox"/> 糖尿病食(_____ kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食(_____ g) <input type="checkbox"/> その他(特記事項)			
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他(特記事項)			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ付き <input type="checkbox"/> その他(特記事項)			
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり				
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□部分義歯(□上・□下)・□総義歯) <input type="checkbox"/> 使用せず				
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(□歯ブラシ使用□うがいのみ)	残歯	<input type="checkbox"/> あり(約 _____ 本) <input type="checkbox"/> なし			
特記事項 (提供カロリー、使用器具、アレルギー、嗜好など)						
身体状況等	身長・体重	身長 _____ cm 体重 _____ kg(_____ 月 _____ 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ ヶ月で _____ kg 減)		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
	関節痛	<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： _____)		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用				
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(□右 □左 □どちらも)				
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠(□眠剤使用)		
	特記事項					
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	ハースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない		
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為				
		<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	日常生活自立度	障害自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
		認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	医療情報	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(□胃ろう □経鼻) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 床ずれ以外の処置				
<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門						
<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記) <input type="checkbox"/> 透析(_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開						
特記事項						

生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など できるだけ詳しく記入してください。