

日常生活動作(ADL)確認表

記入日:令和 年 月 日
記入者氏名

様

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"/> 車椅子(通常 リクライニング) <input type="checkbox"/> その他(特記に記入)			
	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	<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)	
	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"/> 夜間ポータブル(<input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(<input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> 尿器(<input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> バルーン			
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	夜間の状況	就寝後の排泄回数(回)	
	特記事項				
入浴更衣	入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()			
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()			
	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			
	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"/> 問題ない <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない	
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり	水分ロミ	<input type="checkbox"/> あり(濃さ:) <input type="checkbox"/> なし	
	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他()		
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ食() <input type="checkbox"/> ミキサー食		
	治療食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 貧血食			
		<input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> その他()			
	摂取量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 糖尿病食(kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限(g) <input type="checkbox"/> 蛋白制限(g) <input type="checkbox"/> 水分制限(ml)			
	義歯	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 5割 <input type="checkbox"/> 5割以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり <input type="checkbox"/> その他()			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず	残歯	<input type="checkbox"/> あり(本) <input type="checkbox"/> なし	
	特記事項	(使用器具・アレルギー・嗜好など)			
身体状況等	基礎情報	身長 cm 体重 kg	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	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	関節痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <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(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠(<input type="checkbox"/> 眠剤使用)	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	
	特記事項	起床 時~就寝 時			
その他情報	意志疎通	<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	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押さない <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"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 糞便行為 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻視 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 帰宅要求 <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		
	医療情報	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		
		<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引(回)			
	特記事項	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <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"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他() 特養申請: <input type="checkbox"/> あり(施設名:) <input type="checkbox"/> なし 他科受診: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
生活歴、一日の過ごし方、1週間の過ごし方、性格、趣味など。					