

日常生活動作(ADL)調査表①

利用者氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 施設名・病院名 _____ 記入者 _____ (続柄・職種 _____)

* 日常生活の様子についてご記入ください。

| 食事について | | | | | 【特記事項】 | |
|--------|---------------------------------|----|-----|-------|--------------|---|
| 主食 | 米飯 () 粥 ペースト ミキサー その他() | | | | (禁食・アレルギーなど) | |
| 副食 | 常菜 一口大 刻み 極刻み ソフト ミキサー | | | | | |
| 治療食 | なし あり () | | | | | |
| 使用器具 | はし スプーン フォーク その他() | | | | | |
| 食事動作 | 自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助 | | | | | |
| 嚥下 | 普通 時々むせる 悪い(状況の特記事項にご記入下さい) | | | | | |
| 食欲 | 有 | 普通 | ムラ有 | 平均摂取量 | | 割 |
| 水分摂取 | 良好 普通 悪い(トロミ使用: 有・無) | | | | | |
| 自歯 | あり なし 部分入れ歯(上・下) 総入れ歯(上・下) | | | | | |
| 歯磨き | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | |

| 移動について | | | | | 【特記事項】 |
|--------|--|--|--|--|--------------|
| 移動手段 | 歩行(独歩 手引き歩行 伝い歩き 杖 歩行器 シルバーカー) 車椅子(自操 介助) リクライニング | | | | (移動の際の注意点など) |
| 移動状況 | 自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助 | | | | |
| 移乗状況 | 自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助 | | | | |
| 寝返り | 自立 つかまれば可 不可 | | | | |
| 起き上がり | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | |
| 座位保持 | 自立 背もたれがあれば可 不可 | | | | |
| 立ち上がり | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | |
| 立位保持 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | |
| 安全対策 | 安全ベルト 4点柵 胴体抑制 センサーマット(種類を特記にご記入ください) | | | | |
| | 他() | | | | |

| 排泄について | | | | | 【特記事項】 | |
|--------|--------------------------|---------------------------------|-------|-------|-------------------------------------|--|
| 尿意 | あり(昼夜とも 昼のみ 時々) なし バルン | | | | (排泄の注意点、下剤の種類など) 抑制着の着用(なし・あり) | |
| 便意 | あり(昼夜とも 昼のみ 時々) なし ストマ | | | | | |
| 日中 | 場所 | トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ | | | | |
| | 下着 | 布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ | | | | |
| | 排泄状況 | 自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助 | | | | |
| | 失禁 | 有(尿・便) 時々 無 | 排尿回数 | 回 | | |
| 夜間 | 場所 | トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ | | | | |
| | 下着 | 布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ | | | | |
| | 排泄状況 | 自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助 | | | | |
| | 失禁 | 有(尿・便) 時々 無 | 排尿回数 | 回 | | |
| 排便頻度 | 毎日・2、3日に1回・4日以上に1回 | | 下剤の使用 | なし・あり | | |

| 清潔について | | | | | 【特記事項】 |
|--------|---------------------------------|--|--|--|---------------|
| 入浴 | 一般浴 リフト浴 機械浴 清拭 その他() | | | | (入浴における注意点など) |
| 洗身 | 自立 見守り 一部介助(状況の特記事項にご記入下さい) 全介助 | | | | |
| 更衣 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | |
| 洗面 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | |

日常生活動作(ADL)調査表②

利用者氏名 _____

* 日常生活の様子についてご記入ください。

| 医療状況について | | 【特記事項】 |
|----------|--|-----------------|
| 薬の管理 | 自立 見守り 手渡せば可 全介助 | (点眼内容、医療処置内容など) |
| 処方薬剤 | 内服薬 点眼薬 塗り薬 貼り薬 他() | |
| 睡眠 | 良眠 不安定 不眠 | |
| 眠剤処方 | なし あり (定期 頓服【週 回 服用】) | |
| 皮膚疾患 | なし あり () | |
| 医療処置 | 経管栄養 (胃ろう・鼻くう) パルン ストマ インスリン 在宅酸素 吸引 他() | |

| 身体状況について | | 【特記事項】 |
|----------|-------------------------|--------------|
| 視力 | 普通 制限あり (眼鏡 : あり なし) | (身体状況で注意点など) |
| 聴力 | 普通 制限あり (補聴器 : あり なし) | |
| 麻痺 | なし あり () | |
| 拘縮 | なし あり () | |
| 疼痛 | なし あり () | |
| 言語障害 | なし あり () | |
| 生活自立度 | J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | |

| コミュニケーション状況等について | | | | |
|--------------------|-----------------------|--------|------------------------------------|---------|
| 物忘れ | なし 時々 あり | 認知症 | なし あり (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) | |
| 意思伝達 | できる 時々できる できない | ナースコール | できる 時々できる できない | |
| 理解 | 毎日の日課を理解すること | | できる 時々できる できない | |
| | 生年月日や年齢を答えること | | できる 時々できる できない | |
| | 今現在の季節を理解すること | | できる 時々できる できない | |
| | 自分がいる場所を理解すること | | できる 時々できる できない | |
| 行動 | 物を盗られたなど被害的になる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 作り話をして周囲に言いふらす | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 泣いたり笑ったり、感情が不安定になる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 夜間不眠や、昼夜の逆転 | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 暴言や暴力 | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | しつこく同じ話しをしたり、不快な音をたてる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 大声を出す | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 助言や介護に抵抗する | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 目的もなく動きまわる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 家に帰るなどと落ち着かなくなる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 一人で外に出たがり目が離せない | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 物や衣類を壊したり、破いたりする | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 不潔行為を行う | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| | 食べられない物を口に入れる | ない | 過去にあった | 時々ある ある |
| 周囲が迷惑するような性的行為 | ない | 過去にあった | 時々ある ある | |
| 転倒や転落の危険性があり目が離せない | ない | 過去にあった | 時々ある ある | |

【特記事項】(問題行動がある場合その具体的な内容・対応方法について)