

日常生活動作（ADL表）調査票

年 月 日 記入

ご本人氏名 _____

記入者氏名 _____

施設・病院〔介護・看護・他〕・家族〔同居・別居〕・その他()

食 事 ・ 水 分 摂 取	<input type="checkbox"/> 主食（ 常食 ・ 粥 ・ ミキサー ） <input type="checkbox"/> 副食（ 常食 ・ 一口大 ・ きざみ ・ みじん ・ ミキサー ） <input type="checkbox"/> 胃瘦（ 高カロリー食 ） <input type="checkbox"/> 禁忌食（ 有・無 ）							備考
	<input type="checkbox"/> 食べ方 { 自分で出来る ・ 工夫すれば出来る又は時間がかかるが自分で出来る } { 一部介助 ・ 全介助 }							
	<input type="checkbox"/> 食べこぼし（ 有 ・ 無 ） <input type="checkbox"/> 食事にかかる時間 およそ _____ 分 <input type="checkbox"/> 平均摂取量 約 _____ 割							
	<input type="checkbox"/> 嚥下機能：固形物→むせ（ 有 ・ 無 ・ トロミ使用 ） 水分→むせ（ 有 ・ 無 ・ トロミ使用 ） <input type="checkbox"/> 入れ歯（ 全義歯 ・ 一部 ・ 無 ） 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具（ _____ ）							
排 泄	日中	自立 見守り	時々失禁するが 自分でできる	時間で誘導 ・声かけ	一部 介助	全介助	尿器・Pトイレ トイレ・オムツ	バルーン・導尿 ストマ
	夜間	自立 見守り	時々失禁するが 自分でできる	時間で誘導 ・声かけ	一部 介助	全介助	尿器・Pトイレ トイレ・オムツ	バルーン・導尿 ストマ
	<input type="checkbox"/> 尿意（ 有 ・ 時々ある ・ 無 ・ 不明 ） <input type="checkbox"/> 排尿回数（ _____ 回/日 ） <input type="checkbox"/> 便意（ 有 ・ 時々ある ・ 無 ・ 不明 ） <input type="checkbox"/> 便秘（ 無 ・ 有（ _____ ） ）							
入 浴	自立・見守り・時間をかければ自分でできる・一部介助（洗体・洗髪） 全介助・清拭のみ							
	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 中間浴 ・ 特浴					※備考		
	好み（ 好き ・ ふつう ・ 嫌い ）							
更衣	自立 ・ 着替えを用意すれば自分でできる ・ 見守り又は声かけ 一部介助（ボタン・靴下・ズボン・シャツ） ・ 全介助							
<input type="checkbox"/> 洗面（ 自立 ・ おしぼりを渡せば自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 歯磨き（ 自立 ・ 物品準備すれば自分でできる ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> うがい（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 爪切り（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 整容（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ _____ ） ・ 全介助 ）								

基本動作・リハビリテーション	<p>○寝返り（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○起き上がり（ 自立 ・ 柵や手すりなど使えばできる ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○座位（ できる ・ 支えや背もたれがあればできる ・ 支えがあり40分位ならできる ・ できない ）</p> <p>○起立（ 自立 ・ つかまればできる ・ 一部介助 ・ できない ）</p> <p>○立位（ できる ・ 支えがあればできる ・ 支えがあり短時間ならできる ・ できない ）</p> <p>○移乗（ 自立 ・ 声かけや見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○歩行 { 自立 ・ 見守りや声かけ ・ 限られた範囲_____m位 } { 物につかまれば可能又は、手つなぎ ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 不可能 }</p> <p>○車椅子（ 自走 ・ 見守りや声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助 ）</p> <p>○麻痺の有無（ 無 ・ 有（_____）</p> <p>○拘縮の有無（ 無 ・ 有（_____）</p>
----------------	---

身体状況	<p>皮膚疾患（ 有：処置の内容や病名を空欄に記入 無 ）</p> <p>褥瘡（ 有：部位や処置の内容を空欄に記入 無 ）</p> <p>痛み（ 有：部位等を空欄に記入 無 ）</p> <p>受診の必要性（ 有：空欄に詳しく記入 無 ）</p>
------	--

心理・社会面について	<p>○聴力 { 普通 ・ 大きい声で片方で聞く（右・左） ・ 聞こえるが理解できない } { 聞こえない（<u>補聴器</u> 有 ・ 無 ） }</p> <p>○視力 { 普通 ・ 見えにくいが生活に支障ない ・ 人の区別がつく } { 見えない（右/左）（<u>眼鏡</u> 有 ・ 無 ） }</p> <p>○飲酒（有：飲酒量 /日 ・ 無） ○喫煙（有： 本/日 ・ 無） 有の場合→喫煙の意思： 有 無</p> <p>○コミュニケーション { 可能 ・ 言葉以外で可能（身振り・筆談・その他）理由_____ } { かるうじて話の理解が可能 ・ 意思表示のみ ・ 不可能 }</p> <p>○言語障害（ 有 ・ 無 ）</p> <p>○記憶（ 問題ない ・ 年相応 ・ 最近の事を頻繁に忘れる ・ 直前の事も記憶できない ）</p> <p>○生年月日が（ 言える ・ 言えない ） ○時間の管理が（ 出来る ・ 出来ない ）</p> <p>○複雑な人間関係の保持が（ 出来る ・ 出来ない ）</p> <p>○精神状態（当てはまる項目に<input checked="" type="checkbox"/>して下さい） <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>収集癖 <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>放尿/排泄異常行為 <input type="checkbox"/>早食い <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>拒絶 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>暴力行為 <input type="checkbox"/>不眠/夜間不穏 <input type="checkbox"/>無気力 <input type="checkbox"/>重ね着 <input type="checkbox"/>見当意識障害 <input type="checkbox"/>独語 <input type="checkbox"/>奇声 <input type="checkbox"/>その他</p>
------------	--

※精神状態項目について具体的に記入してください。

※日中・夜間の過ごし方（様子など）ご記入ください。その他何かあれば記入ください。