

日常生活動作(ADL) 確認表

〈表面〉

* 現在の状態を詳しく把握している方（病院や施設に居る場合はスタッフの方）がご記入ください。

本人氏名	様	記入者氏名		続柄/職種	
記入日	令和 年 月 日	問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 事業所	TEL	- -
基本動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き・伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子			
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> 使用しない			
	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			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	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			
	座位	<input type="checkbox"/> 背もたれなしでできる <input type="checkbox"/> 背もたれや支持物があればできる <input type="checkbox"/> できない			
	立位	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない			
	寝具	<input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 普通ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 敷布団(床対応)			
身体状況	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:) 状態:)			
	皮膚状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (部位:) 状態:)			
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:) 状態:)			
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:) 状態:)			
	装具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:) 装着: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 睡眠剤内服			
意思疎通	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない又は判断不能(右・左) <input type="checkbox"/> 眼鏡			
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない又は判断不能(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器			
	伝達	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ややできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他()			
	会話	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 噛み合わない事がある <input type="checkbox"/> 短い単語程度の会話可能 <input type="checkbox"/> 意思疎通ができない			
	呼び出し	<input type="checkbox"/> 必要時にナースコールを押せる <input type="checkbox"/> ナースコールを押さない、出来ない <input type="checkbox"/> 今までに使ったことが無い			
食事	摂食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食器	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他()			
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト粥 <input type="checkbox"/> ゼリー粥 <input type="checkbox"/> その他()			
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()			
	補助食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:) 提供量:)			
	水分ロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄め・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い) むせ込み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日			
	摂取量	主食()割 副食()割 総提供量 kcal/日			
	制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食) <input type="checkbox"/> 塩分制限()g <input type="checkbox"/> 水分制限()cc/日			
	禁食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品() 理由()			
	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			
義歯	<input type="checkbox"/> 自歯のみ(残歯: <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない) <input type="checkbox"/> 総義歯(<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下)				
排泄	排泄手段	<input type="checkbox"/> トイレ(口昼/口夜) <input type="checkbox"/> オムツ(口昼/口夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(口昼/口夜)			
		<input type="checkbox"/> 尿器(口昼/口夜) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門			
	オムツ	<input type="checkbox"/> テープ(口昼/口夜) <input type="checkbox"/> パンツ(口昼/口夜) <input type="checkbox"/> パッド(口昼/口夜) <input type="checkbox"/> 使用しない			
	介助(昼)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 曖昧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失禁あり	
	介助(夜)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 曖昧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失禁あり	
	回数	昼間()回 夜間()回	排便周期	()日に1回	
入浴	入浴手段	<input type="checkbox"/> 家庭浴 <input type="checkbox"/> 大浴槽 <input type="checkbox"/> 臥床浴 <input type="checkbox"/> 座位浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴していない			
	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
抑制	身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 胴体・四肢 <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト)			
	センサー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (設置場所:) 種類:)			
医療健康	服薬	<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"/> 内服薬なし			
	管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他()			
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他()			
	身長	cm (年 月 日測定)	体重	kg(年 月 日測定)	
	血圧	最高血圧 mmHg / 最低血圧 mmHg (年 月 日 : 測定)			

日常生活動作(ADL) 確認表

〈裏面〉

精神症状・行動障害

(1) ひどい物忘れがあり日常生活に支障をきたしている	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(2) 今いる場所や目の前の人物が分からない	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(3) 同じ話をくり返す、会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(4) 独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(5) 幻視、幻聴などの幻覚症状がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(6) 事実とは異なる作り話をする	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(7) 物を盗られた、食事を出してもらえないなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(8) 不安の訴えや気分の落ち込みがある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(9) 自発性が乏しく、昼間でも横になることが多い	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(10) 夜中に眠らず起きてきたり、落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(11) 奇声や大声をあげたり、物音を立て続ける	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(12) 一人で外に出たがる、徘徊する	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(13) 家に帰りたがり落ち着きがなくなる	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(14) 怒りやすい、急に笑ったり泣いたり感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(15) 食べ物ではない物を食べてしまう	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(16) 色々な物を集めたり、無断で持ち出す	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(17) 不潔な行為(おむつ外し・弄便・放尿放便 等)をする	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(18) 介護に抵抗を示す	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(19) 自分自身のことを傷つける行為がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(20) 暴力的な言動や行動、物を壊す行為がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない
(21) 他者への性的な言動や行動がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回程度	<input type="checkbox"/> ない

< 上記症状の具体的な内容や、その他に症状がある場合に詳細をご記入ください >

特記事項 (介護する上での留意点・対応方法など)

病歴

< お分かりになる範囲で必ずご記入ください > * 内服薬が分かる情報を必ず添付してください

障害高齢者の日常生活自立度※1	<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	<input type="checkbox"/> 不明
認知症高齢者の日常生活自立度※2	<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"/> 不明	