

日常生活動作(ADL)調査表

平成 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄又は職種: )

項目	レベル			内容		備考				
食 事	自立	一部介助	全介助	主食(米飯・全粥・パン食・ミキサー) 副食: 常菜・軟菜(一口・刻み・ミキサー・ソフト) むせ込み(有・無) 摂取量□76%以上 水分とろみ(有・無) □75%以下		義歯(有・無)(上・下) 体重増減: ※直近順 ( )月 Kg ( )月 Kg				
	<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 途中から介助要 <input type="checkbox"/> 日によって介助 食事摂取上の特記 ( )			治療食・禁止食( ) 使用具(箸・スプーン・その他( )		食事所要時間 ( )分				
移 動	自立	一部介助	全介助	※自立・一部介助の場合のみ、下記項目へ○をお願いします 車椅子(自操可・不可、見守り要・不要) 杖(見守り要・不要) 歩行器(見守り要・不要)						
移 乗	自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
立位保持	自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
座位保持	自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
起き上がり	自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
寝 返 り	自立	一部介助	全介助							
排 泄	日中 自立	一部介助	全介助	・トイレ ・オムツ ・尿器 ・ポータブルトイレ						
	夜間 自立	一部介助	全介助	・トイレ ・オムツ ・尿器 ・ポータブルトイレ						
	排尿 1日( )回 排便( )日( )回			バルーンカテーテル 尿失禁(有・無) 尿意(有・無)		ストマ 便失禁(有・無) 便意(有・無)				
入 浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭						
更 衣	上衣 自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
	下衣 自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
	靴 自立	一部介助	全介助	見守り(要・不要)						
意思疎通	普通・時々・困難(具体的な様子)									
視力障害	(有・無) 眼鏡(有・無)									
聴力障害	(有・無) 補聴器(有・無)									
麻 痺	(有・無) (右 上肢・下肢)(左 上肢・下肢)			拘縮	(有・無) (右 上肢・下肢)(左 上肢・下肢)					
褥瘡	(有・無) 部位:			処置内容:						
認知症	(有・無) アルツハイマー型・脳血管型・レビー小体型・前頭側頭型									
周辺症状	徘徊	帰宅願望	介護拒否	大声	奇声	妄想	幻視	幻聴	幻覚	
	異食	盗食	昼夜逆転	性的行為	収集行為	不潔行為	暴言	暴力		
	具体的な様子と頻度:									
睡眠状況	(不眠~3時間) (3時間~5時間) (5時間~7時間) (7時間~9時間) その他( )									
転倒・転落	無・時々・頻繁(月( )回)									
身体拘束	ベッド上・車椅子・4点柵(その他)									