

日常生活動作(ADL)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	○主食(常食・粥・ソフト食・ペースト・ゼリー)					
	○副食(常食・一口大・刻み・ソフト食・ペースト・ゼリー)					
	○胃瘻(高カロリー食)			○禁忌食(有・無)		
	○摂取状況 : 食事					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 自分で食べられる・工夫(介護食器等)すれば食べられる・時間がかかるが自分で食べられる 一部介助・全介助 </div>					
排泄	○食べこぼし(有・無)					
	○食事にかかる時間 およそ_____分					
	○平均摂取量 約_____割					
	○摂取状況 : 水分					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 自分で飲める・介護食器(ストローマグなど)を使えば飲める・時間がかかるが自分で出来る 一部介助・全介助 </div>					
入浴	○水分の拒否または摂取が不安定(無・有_____)					
	○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)					
	○入れ歯(全義歯・一部・無)					
	箸・スプーン ティースプーン・フォーク・自助具()					
更衣	日中	自立 見守り	時々失禁するが 自分で出来る	時間で誘導 声掛け	一部介助 全介助	尿器・PTイレ・トイレ・リハパン 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 自分で出来る	時間で誘導 声掛け	一部介助 全介助	尿器・PTイレ・トイレ・リハパン オムツ・バルーン・導尿・ストマ
	○尿意(有・時々ある・無・不明)					
	○排便回数(_____回/日)					
	○便秘(無・有_____)					
入浴	自立・見守り・時間をかければ自分で出来る・一部介助(洗身・洗髪)					
	全介助・清拭のみ					
	一般浴・シャワー浴・中間浴・特浴					
更衣	好み(好き・普通・嫌い)					
	自立・着替えを用意すれば自分で出来る・見守り又は声掛け					
一部介助(ボタン・靴下・ズボン・シャツ)・全介助						
○洗面(自立・おしぼりを渡せば自分で出来る・一部介助()・全介助)						
○歯磨き(自立・おしぼりを渡せば自分で出来る・一部介助()・全介助)						
○うがい(自立・おしぼりを渡せば自分で出来る・一部介助()・全介助)						
○爪切り(自立・おしぼりを渡せば自分で出来る・一部介助()・全介助)						
○整容(自立・おしぼりを渡せば自分で出来る・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出来る・一部介助・全介助）</p> <p>○起き上がり（自立・柵や手すりなどを使えば出来る・一部介助・全介助）</p> <p>○座位（出来る・支えや背もたれがあれば出来る・支えがあり40分位なら出来る・出来ない）</p> <p>○起位（自立・つかまれば出来る・一部介助・出来ない）</p> <p>○立位（出来る・支えがあれば出来る・支えがあり短時間なら出来る・出来ない）</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・声かけや見守り・限られた範囲_____m位 物につかまれば可能または手つなぎ・歩行器・シルバーカー 不可能]</p> <p>○車椅子（自走・声かけや見守り・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：部位等を空欄に詳しく記入 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> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>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> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無）]</p> <p>○飲酒（有：飲酒量 _____ / 日・無）</p> <p>○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 _____ かろ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・最近のことを頻繁に忘れる・直前の事も記憶できない）</p> <p>○生年月日（言える・言えない）</p> <p>○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☑してください）</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。