

日常生活動作(ADL)調査票

記入日 令和 年 月 日

ご利用者氏名: _____ 様 (男 ・ 女) _____ 年齢 _____ 歳

(該当する箇所をチェック願います)

移動起居動作	歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操・ <input type="checkbox"/> 介助)			
	[使用器具]	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 (タイプ: _____)			
	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			
	[使用器具]	<input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	立位保持	<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			
座位保持	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 座位不可				
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				
皮膚	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位及び処置: _____)			
	その他皮膚疾患	(_____)			
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	形態 (主食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管			
	(副食)	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー			
	水分トロミ対応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	治療食	(_____) 嗜好			
	禁止食(アレルギー含む)	(_____) 好きな食材・料理(_____) 嫌いな食材・料理(_____)			
	摂取量	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ムラ有り			
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助具			
	咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> やや問題有 <input type="checkbox"/> 問題有			
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> やや問題有 <input type="checkbox"/> 問題有			
	義歯	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有 (総 ・ 部分 ・ 上 ・ 下)			
嗜好	喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する			
	飲酒	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する			
排泄	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	尿意	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 頻回 日中(_____ 回) 夜間(_____ 回)			
	便意	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無し			
	[日中]	<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ハット <input type="checkbox"/> オムツ			
	[夜間]	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	[夜間]	<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ハット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
転倒歴		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有			
	[具体的様子・時期]	(_____)			

*裏面に続きます

入浴他	整容(洗顔・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	
	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	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭				
身体・精神障害状態	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> ムラ有り	<input type="checkbox"/> 不良		
		睡眠時間(時間) 入眠時間(時頃) 起床時間(時頃)				
		<input type="checkbox"/> いびき	<input type="checkbox"/> 歯ぎしり	<input type="checkbox"/> 寝言	<input type="checkbox"/> 独語	
		<input type="checkbox"/> 他 ()				
	[眠剤使用]	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	認知症の度合い	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 年齢相応	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度
	[中核・周辺症状]	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食				
		<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
	[具体的様子・頻度]	()				
	使用器具等					
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用できる	<input type="checkbox"/> 使用できない			
	離床センサー	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない			
	ベッド4点柵	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない			
	ベッド抑制帯	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない			
	車椅子安全ベルト	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない			
	エアマット	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない			
	その他	()				
	レクリエーション	<input type="checkbox"/> 積極的	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 消極的	<input type="checkbox"/> 無関心	<input type="checkbox"/> 拒否
	リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 積極的	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 消極的	<input type="checkbox"/> 無関心	<input type="checkbox"/> 拒否
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有:具体的な様子()			
	[眼鏡]	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない				
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有:具体的な様子()				
[補聴器]	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない					
言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有:具体的な様子()				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難			
その他特記事項						
ご記入者氏名 : _____ 様 (職種または続柄 : _____)						

介護老人保健施設 小金井あんず苑

TEL 042-388-7511 , FAX 042-388-7510