

# 日常生活動作(ADL)調査票

記入日 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"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ			
	[夜間]	<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <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( _____ )			
転倒歴		<input type="checkbox"/> 無 <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		
	入浴(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		
	入浴形態	<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"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難				
服薬管理: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助		点眼薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )					
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 あんず苑／あんず苑アネックス

TEL 0422-36-6262 , FAX 0422-36-6255