

ADL(日常生活動作)表

記入日 年 月 日

様 記入者: 続柄:

身長	cm	体重	kg	(年	月	日現在)	
1	1 麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)						
	2 拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)						
	特記事項							
2	1 起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助						
	2 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助						
	3 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			4 座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	5 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			6 立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	7 移動	<input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 伝い歩き) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)						
	8 転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度:) どのような時に()						
	特記事項							
	3	1 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【 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具(特記へ)】					
2 飲み込み		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> むせ込み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			トロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
3 食事内容		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <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"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()					
		治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他()					
制限	<input type="checkbox"/> 塩分制限(g) <input type="checkbox"/> カロリー制限(kcal) <input type="checkbox"/> その他()							
好きな食べ物 : 嫌いな食べ物 : 禁食:								
特記事項								
4	1 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						
	2 義歯	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自歯のみ						
特記事項								
5	1 入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト・チェア浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭						
		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					
		洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	2 洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
3 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							
特記事項								
6	1 排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導(<input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 訴え時) <input type="checkbox"/> 全介助						
	2 用具	<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 終日オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル						
	3 排泄	排便回数	回 / 日		頻尿傾向	<input type="checkbox"/> あり(分おき) <input type="checkbox"/> なし		
		尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		
		尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		
特記事項								
7	1 睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠			眠剤使用	<input type="checkbox"/> あり(薬品名:) <input type="checkbox"/> なし		
	2 起床・就寝	起床 : 頃 就寝 : 頃						
特記事項								
8	1 視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 (<input type="checkbox"/> 眼鏡使用)						
	2 聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 (<input type="checkbox"/> 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)						
	3 会話	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> 簡単な会話はできる <input type="checkbox"/> こちらの話が理解できない <input type="checkbox"/> 話が全く通じない						
特記事項								
9	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 介護抵抗						
	特記事項	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他(特記へ) <input type="checkbox"/> 判断不能 対応策など						
日常生活 自立度	寝たきり	<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						
	認知症	<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						
10	医療処置 の有無	<input type="checkbox"/> ペースメーカー(最終点検日 年 月 日) (次回点検予定日 年 月 日)						
		<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射						
		<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シャント(水頭症) <input type="checkbox"/> その他(導尿など)						