

ADL(日常生活動作)表

記入日 年 月 日
続柄:

身長 cm 体重 kg (年 月 日現在) 様 記入者:

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	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	
	4		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	
	5		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 <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					
	特記事項	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	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)					