

日常生活動作(ADL)評価表

記入日: 年 月 日

様

記入者:

続柄:

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(特記記入)	
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況記入:)			
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	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	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	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	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位など)	
	特記事項				
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要)			
		<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> 尿器(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> パルーン			
	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 (排便 日に1回)	
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	夜間の状況	就寝後の排泄回数(約 回)	
	特記事項				
入更浴衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他()			
	特記事項				
食事・口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない	
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり	水分トロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食(kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食(g) <input type="checkbox"/> その他()		
		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"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他()		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ付き <input type="checkbox"/> その他()		
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり			
	義歯	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分義歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総義歯) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず			
	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 (<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ)			残菌 <input type="checkbox"/> あり(約 本) <input type="checkbox"/> なし
	(使用器具、アレルギー、嗜好など)				
特記事項					
身体状況等	基礎情報	身長 cm 体重 kg (月 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ヶ月で kg減)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用			
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (<input type="checkbox"/> 眠剤使用)	
	特記事項				
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為			
		<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()			
	日常生活自立度	障害自立度	<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		
	医療情報	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 透析(回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法			
<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門					
<input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー					
特記事項					
生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など。出来るだけ詳しくご記入下さい。					