ＡＤＬ表（日常生活動作表）

記入日：（西暦）　　年　　月　　日　　記入者：　　（職種：　　）

患者氏名：（フリガナ）　　様	男・女	生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日　　歳

精神症状又は認知症	□無・□有	□ 介護への抵抗　□ 昼夜逆転　□ 妄想　□ 暴力行為 □ 暴言　□ 声出し　□ 徘徊　□ 不潔行為 □ その他（　　）
身体抑制	□無・□有	□体幹　□ ミトン　□ その他（　　）/ 理由：（　　）
麻痺	□無・□有	（・部位：　　）
拘縮	□無・□有	（・部位：　　痛み： 無 / 有 ）
移動		・ 歩行（ □不可 ・ □可 ） ・ 車椅子（ □不可 ・ □可 ：介助 □要 ・□不要 ） □ ストレッチャー　□ リクライニング　□ その他（　　）
起坐		□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
寝返り		□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 （エアマット使用： □有/ □無）
言語障害	□無・□有	□ 意思疎通が不可能（理解困難）　□ 意思疎通が可能 □ 発語ほとんど無し　□ 発語するが聞き取りにくい　□ 簡単な単語のみ発語可能
嚥下障害	□無・□有	・むせり（□無 / □有）（状態：　　）
聴覚障害	□無・□有	□ 全く聞こえない　□ ほとんど聞こえない　□ 補聴器を使用すれば聞こえる
視力障害	□無・□有	□ 見えない（原因：　　） □ 見える（眼鏡使用 □無 / □有 ）
褥瘡	□無・□有	（部位：　　大きさ： 縦　　×横　　×深さ　　） （処置内容等：　　） ※ＤＥＳＩＧＮ−Ｒ　Ｄ：　Ｅ：　Ｓ：　Ｉ：　Ｇ：　Ｎ：　Ｐ：
感染症	□無・□有 **結果添付要**	□ ＨＢＶ（ ＋ / − / 未実施 ） □ ＨＣＶ（ ＋ / − / 未実施 ） □ ＭＲＳＡ：喀痰 ・ 尿 ・ 膿（ ＋ / − / 未実施） □ 疥癬　□多剤耐性菌　□その他（　　）
医療行為	□無・□有	□ 気管切開（ □無 / □有 ）　□ 皮膚疾患（ □無 / □有：　　） □ ＤＩＶ（□無 /□有：内容　　） □ 酸素投与（□無 /□有 ：　　L/分） □ 吸引（ □無 / □有 ：　　回/日） □ 血糖検査（□無 /□有：　　回/日） □ インスリン注射（□無 /□有 ：　　回/日・　　単位/日） □ その他（　　）
バイタルサイン		BP：　　ｍｍHg / 体温：　　℃ / P：　　回 / SpO2：　　%
食事・栄養	補給法	・経口摂取（□自立/ □自力で可能だが時間を要す/□一部介助/□全介助）□ 義歯（有 / 無） 食形態 ・主食（□常食 / □粥 / □ミキサー / □その他（　　） ・副食（□常食 /□一口大 /□きざみ /□ミキサー /□その他（　　） ・とろみ（有 / 無）（　　） 摂取量 ・主食（　　%程度） ・副食（　　%程度） ・経管（□鼻腔 / □胃瘻） 内容（　　）
	身長・体重	・身長（　　ｃｍ） ・体重（　　ｋｇ）
排泄		・尿意（□無 /□有）・便意（□無 /□有）（□自然排便/□下剤使用/□浣腸/□摘便）（ 日/回） □トイレ / □ポータブル （□自立 / □一部介助 / □全介助 ） ・オムツ使用 ・フォーレ挿入中（ Ｆｒ） ・その他（　　）
口腔ケア		・自歯（□有 ・ □無 ） ・本数（□全部 ・□数本 ） ・義歯（□有 ・ □無 ） ・うがい（ □可 ・ □不可 ） ・（□歯ブラシ □義歯ブラシ □スポンジブラシ □ウエットティッシュ □保湿ジェル ）
更衣		□自立　□自力で可能だが時間を要す　□一部介助　□全介助
洗面		□自立　□自力で可能だが時間を要す　□一部介助　□全介助
入浴		□自立　□機械浴（　　回/ Ｗ ）　□清拭（　　回/ Ｗ ）
ナースコール		□可能　□可能だが適切に呼べていない　□不能　□特殊コール使用（　　）

介護度	□ 未申請　□ 申請中（　　年　　月　　日） □認定済み（要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）