

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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 暴力行為
		<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 声出し	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不潔行為
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
身体抑制	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> その他 () / 理由： ()			
麻痺	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(・部位：)			
拘縮	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	(・部位：) 痛み： 無 / 有)			
移動		・ 歩行 (<input type="checkbox"/> 不可 ・ <input type="checkbox"/> 可) ・ 車椅子 (<input type="checkbox"/> 不可 ・ <input type="checkbox"/> 可 : 介助 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> その他 ()			
起坐		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
寝返り		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (エアマット使用： <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無)			
言語障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 意思疎通が不可能 (理解困難) <input type="checkbox"/> 意思疎通が可能 <input type="checkbox"/> 発語ほとんど無し <input type="checkbox"/> 発語するが聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 簡単な単語のみ発語可能			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	・むせり (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有) (状態：)			
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器を使用すれば聞こえる			
視力障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 見えない (原因：) <input type="checkbox"/> 見える (眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有)			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 結果添付要	<input type="checkbox"/> HBV (+ / - / 未実施) <input type="checkbox"/> HCV (+ / - / 未実施) <input type="checkbox"/> MRSA : 喀痰 ・ 尿 ・ 膿 (+ / - / 未実施) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 多剤耐性菌 <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療行為	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 気管切開 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 :) <input type="checkbox"/> DIV (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 : 内容) <input type="checkbox"/> 酸素投与 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 : L/分) <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 : 回/日) <input type="checkbox"/> 血糖検査 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 : 回/日) <input type="checkbox"/> インスリン注射 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 : 回/日 ・ 単位/日) <input type="checkbox"/> その他 ()			
バイタルサイン		BP: mmHg / 体温: °C / P: 回 / SpO2: %			
食事・栄養	補給法	・経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立/ <input type="checkbox"/> 自力で可能だが時間を要す/ <input type="checkbox"/> 一部介助/ <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 義歯 (有 / 無) 食形態 ・ 主食 (<input type="checkbox"/> 常食 / <input type="checkbox"/> 粥 / <input type="checkbox"/> ミキサー / <input type="checkbox"/> その他 () ・ 副食 (<input type="checkbox"/> 常食 / <input type="checkbox"/> 一口大 / <input type="checkbox"/> きざみ / <input type="checkbox"/> ミキサー / <input type="checkbox"/> その他 () ・ とろみ (有 / 無) ()			
		摂取量 ・ 主食 (%程度) ・ 副食 (%程度) ・ 経管 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 / <input type="checkbox"/> 胃瘻) 内容 ()			
	身長・体重	・ 身長 (cm) ・ 体重 (kg)			
排泄		・ 尿意 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有) ・ 便意 (<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有) (<input type="checkbox"/> 自然排便/ <input type="checkbox"/> 下剤使用/ <input type="checkbox"/> 浣腸/ <input type="checkbox"/> 摘便) (日/回) <input type="checkbox"/> トイレ / <input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 自立 / <input type="checkbox"/> 一部介助 / <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ 本数 (<input type="checkbox"/> 全部 ・ <input type="checkbox"/> 数本) ・ 義歯 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ うがい (<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可) ・ (<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> ウエットティッシュ <input type="checkbox"/> 保湿ジェル)			
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自力で可能だが時間を要す <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
洗面		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自力で可能だが時間を要す <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 機械浴 (回/ W) <input type="checkbox"/> 清拭 (回/ W)			
ナースコール		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能だが適切に呼べていない <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 特殊コール使用 ()			
介護度		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 認定済み (要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			