

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）				
	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）				