

日常生活動作（ADL表）調査票

介護認定：支援1・2 介護1・2・3・4・5

※ 当てはまる箇所に○をつけてください
 ※ 空欄になるべく詳しくご記入ください

ご本人氏名 _____

家族 同居 別居

記入者氏名 _____

施設 病院 介護 看護 他

記入者氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 記入

食 事	○食事摂取 自立・一部介助・全介助 （箸・スプーン・フォーク） ○食べこぼし（有・無） ○入れ歯（有・無）（上・下） ○嗜好 （好きなもの：_____） （嫌いなもの：_____） ○食事にかかる時間 およそ_____分 ○経管栄養（有_____ 無） ○食事形態 常食・おかゆ（_____分）・きざみ・ひと口大・ミキサー・パン	○飲み物 自立・一部介助・全介助 （とろみ付・すいのみ・ストロー） ○嚥下障害 ・固形物→むせ（有・無） ・水分 →むせ（有・無） ○アレルギー・禁忌食等 〔有_____・無〕	備考
	○わかる範囲でご記入ください 安全ベルト <input type="checkbox"/> 使用中（理由を空欄に記入） 立上がり（有・無） <input type="checkbox"/> 状況により使用（理由を空欄に記入） 必要性（有・無） <input type="checkbox"/> 未使用		
移 動	歩行（自立・見守り・介助・杖使用・歩行器使用） 車いす（自立・介助） 移乗（自立・介助） リクライニング ストレッチャー 寝たきり		
	○わかる範囲でご記入ください 安全ベルト <input type="checkbox"/> 使用中（理由を空欄に記入） 立上がり（有・無） <input type="checkbox"/> 状況により使用（理由を空欄に記入） 必要性（有・無） <input type="checkbox"/> 未使用		
排 泄	尿意（_____） 便意（_____） 失禁（_____） 排尿回数（_____回/日）	自立・介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・紙パンツ・尿取りパット バルーン・ストマ・導尿	
	夜間 自立・介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・紙パンツ・尿取りパット バルーン・ストマ・導尿		
睡 眠	夜間良眠 _____ 不眠（状況を記載） _____ 昼夜逆転（状況を記載） _____		
	○わかる範囲でご記入ください 胴抑制・4点柵 <input type="checkbox"/> 使用中（理由を空欄に記入） ・床対応 等 <input type="checkbox"/> 状況により使用（理由を空欄に記入） 必要性（有・無） <input type="checkbox"/> 未使用		

入浴	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭									
	入浴回数（ /週） 好み（ 好き ふつう 嫌い ） 洗身（自立 一部介助 全介助）									
更衣	上衣（ 自立 一部介助 全介助 ）									
	下衣（ 自立 一部介助 全介助 ）									
身体的状 況	皮膚疾患（ 有：処置の内容や病名を空欄に記入 無 ）									
	褥瘡（ 有：部位や処置の内容を空欄に記入 無 ）									
	痛み（ 有：部位等を空欄に記入 無 ）									
	麻痺（ 有：部位等を空欄に記入 無 ）									
	拘縮（ 有：部位等を空欄に記入 無 ）									
	受診の必要性（ 有：空欄に詳しく記入 無 ）									
その他	聴力（聞こえる 聞こえにくい 聞こえない）補聴器：有 無									
	視力（見える 見えにくい 見えない）眼鏡：有 無									
	飲酒（有：飲酒量 /日 無）									
	喫煙（有： 本/日 無）有の場合→喫煙の意志： 有 無									
意思疎通・行動等	日常会話 十分可能 だいたい可能 困難									
	言語障害 有 無									
	認知症状 有 無									
	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声 ・奇声	妄想 ・幻覚	暴力 ・暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	収集 行為
☆具体的な様子と頻度（日中・夜間の状況もご記入ください）										
その他何かございましたらご記入ください（医療行為等）								趣味・特技		