

一日常生活動作(ADL)記入票一

Ver. 2.01

1/2枚目

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和	要介護状態区分
利用者名			年 月 日 歳		1・2・3・4・5

移動について

歩行	<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 不可	立位	<input type="checkbox"/> 立てる・ <input type="checkbox"/> 介助で立てる・ <input type="checkbox"/> 立てない
用具	<input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> シルバーカー・ <input type="checkbox"/> 歩行器	座位	<input type="checkbox"/> 座れる・ <input type="checkbox"/> 介助で座れる・ <input type="checkbox"/> 座れない
車椅子	操作： <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 / 移乗： <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助		
備考			

食事について

食事形態	主食： <input type="checkbox"/> 常食・ <input type="checkbox"/> 全粥・ <input type="checkbox"/> ミキサー / 副食： <input type="checkbox"/> 常菜・ <input type="checkbox"/> キザミ・ <input type="checkbox"/> 極キザミ・ <input type="checkbox"/> ミキサー		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 箸・ <input type="checkbox"/> スプーン 補助具(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	
水分摂取	<input type="checkbox"/> コップ・ <input type="checkbox"/> 吸い飲み とろみ(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	
むせ込み	<input type="checkbox"/> 頻繁にある・ <input type="checkbox"/> 時々ある・ <input type="checkbox"/> 無し / 食事に要する時間：約()分)		
備考			

入浴について

種類	<input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> チェアー浴・ <input type="checkbox"/> 寝台浴・ <input type="checkbox"/> シャワーのみ その他()		
洗髪	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・(<input type="checkbox"/> 一部・ <input type="checkbox"/> 全)介助が必要 / 洗身： <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・(<input type="checkbox"/> 一部・ <input type="checkbox"/> 全)介助が必要		
備考			

排泄について

排泄	<input type="checkbox"/> 自立してトイレで出来る・ <input type="checkbox"/> 見守りが必要・ <input type="checkbox"/> 介助があればトイレで出来る・ <input type="checkbox"/> トイレは使えない		
尿意	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 / 便意： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	失禁： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	頻度(1日約 回ぐらい)
下着種類	<input type="checkbox"/> 布パンツ・ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ・ <input type="checkbox"/> オムツ + パットの使用は <input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない オムツ使用の場合： <input type="checkbox"/> 常時使用している・ <input type="checkbox"/> 夜間のみ使用している・ <input type="checkbox"/> 時々使用する事がある		
ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 常時使用・ <input type="checkbox"/> 夜間使用・ <input type="checkbox"/> 使わない / <input type="checkbox"/> 自立で使える・ <input type="checkbox"/> 見守りが必要・ <input type="checkbox"/> 全介助		
備考			

整容について

歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立してウガイまで出来る・ <input type="checkbox"/> 見守り声かけがあれば出来る・(<input type="checkbox"/> 一部・ <input type="checkbox"/> 全)介助が必要 義歯使用の場合： <input type="checkbox"/> 総義歯・ <input type="checkbox"/> 部分義歯 / 義歯の管理： <input type="checkbox"/> 出来る・ <input type="checkbox"/> 出来ない		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立して着替えられる・ <input type="checkbox"/> 見守り声かけがあれば出来る・(<input type="checkbox"/> 一部・ <input type="checkbox"/> 全)介助が必要		
備考			

その他

視力	<input type="checkbox"/> 見える・見えにくい(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)・見えない(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) / 眼鏡の使用： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
聴力	<input type="checkbox"/> 聞える・聞えにくい(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)・聞えない(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) / 補聴器の使用： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
言語	<input type="checkbox"/> 話せる・ <input type="checkbox"/> あまり話せない・ <input type="checkbox"/> 話せない / 話せない理由：()		
ナースコールの理解	<input type="checkbox"/> 理解している・ <input type="checkbox"/> 理解していない / <input type="checkbox"/> 必要な時に押せる・ <input type="checkbox"/> 押せない		
備考			

一 日常生活動作 (ADL) 記入票 一

心 理 面 に つ い て

認 知 症 状 ・ 問 題 行 動	① 自分の部屋がわからなくなることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	② 直近の出来事を忘れやすく、同じことを繰り返す言がある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	③ 家族や親戚の顔・名前がわからなくなることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	④ おしぼりやティッシュペーパーなどをポケットに入れていることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑤ 実際に存在しないものが見えたりすることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑥ 実際に聞こえない音が聞こえたりすることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑦ 他人の物を自分の物だと思い込むことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑧ 他人の金品や貴重品を盗み取ろうとすることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑨ 他人のおやつや食事を、勝手に食べてしまう事がある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑩ 食べられない物でも食べようとしてしまうことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑪ オムツを外したり、中に手を入れたり、不潔な行為をすることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑫ トイレではない場所で、排泄をしてしまうことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑬ 車椅子から立ち上がってしまい、落ち着きがなくなることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑭ 介護に対して拒否や抵抗をすることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑮ 怒りっぽく興奮したり、暴力的になる事がある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑯ 他人に対して暴言を言い、威嚇することがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑰ 大声や奇声をあげる事が有る	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑱ 胃ろうや点滴などを勝手に抜いてしまうことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑲ 器物や衣服などを壊したりすることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	⑳ 夜間眠らなかつたり、昼夜が逆転することがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	㉑ 目的がないのに歩き回ってじっとしてられないことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	㉒ 家に帰りがたがり、落ち着きがなくなることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	㉓ 外に出たがってしまい、目が離せないことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	㉔ 物やお金を盗まれたなどと、被害的になることがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
	㉕ 作り話をして、周囲に言いふらすことがある	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
備 考				

身体拘束	<input type="checkbox"/> ミトン・ <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト・ <input type="checkbox"/> センサーマット・ <input type="checkbox"/> ベッド四点柵・ <input type="checkbox"/> 抑制帯・ <input type="checkbox"/> つなぎ服
拘束理由	