

ADL 確認表

様

記入日 年 月 日

身体状況	身長	cm	体重	Kg	日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	麻痺	有・無	有・無（部位： _____）		程度： _____				
	視力	見える・ぼんやり見える・見えない（右・左・両眼）			リハビリ実施状況	PT ・ OT ・ ST			
	会話	話せる・話せるが不明瞭・話せるがムラがあり 話せない（筆談、文字盤、イラスト）			聴力	聞こえる ・ 大きな声なら聞こえる 補聴器使用（右・左）・聞こえない・筆談			
栄養	食事	主食： 米飯 ・ 軟飯 ・ （ _____ 分）粥 ・ ムース			治療食	有・無	内容： _____		
		副食： 軟食 ・ 一口大・荒刻み・刻み ・ パースト食			トロミ使用	有・無	量： _____		
	摂取方法	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		特記事項	_____				
	経管栄養	胃瘻 ・ 腸瘻		栄養剤	_____				
日常生活援助	歯	自歯・義歯（全部・一部・上・下）義歯あるが使用せず			その他	_____			
	排泄	尿意	有・無	特記 _____	便意	有・無	特記 _____		
		排泄方法 介助	トイレ（自立・介助・誘導）・Pトイレ（自立・介助）・尿器（自立・介助） オムツ ・ リハビリパンツ ・ バルーンカテテル留置 ・ ストマ						
	生活	洗面	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		入浴	自立・見守り・一部介助・全介助（個浴・機械浴）			
		更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
		移動	歩行（独歩・杖・歩行器等）・介助歩行 車椅子（自操・介助）・その他		寝返り	可能 ・ 不可能（体交 _____ 時間毎） エアーマット使用（有・無）			
		立位	可能 ・ 介助で可能 ・ 不可能		座位	可能（ _____ 時間）・不可能			
睡眠		眠れる・あまり眠れない・眠剤使用（薬剤名： _____）							
日中生活	自由生活・車椅子上・床上・拘束（具体的に _____）								
精神状況	会話	話せる・話せるが不明瞭・話せるがムラがあり・話せない							
	理解力	有・ムラがあり・無	認知症	有（ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ） ・ 無					
	ナースコール	押せる・押せない・工夫有（具体的に： _____）							
	センサー使用	有（種類： _____）・無		拘束具使用	有（種類： _____）・無				
	問題	見当識障害・記憶力障害・徘徊・大声・被害妄想・せん妄・不潔行為・暴力行為・妄想・幻覚・盗食・収集癖							
介護拒否・帰宅願望・不穏		対策その他	（ _____ ）						
医療情報	感染症	HB 抗原（ _____ ） HCV（ _____ ） HIV（ _____ ） ワ氏（ _____ ） その他（ _____ ）							
		MRSA・ESBL（排菌部位： _____） 対応策・その他（ _____ ）							
	内服	有・無	自己管理 ・ 声かけ ・ 一週間ボックス等使用 ・ 看護師管理						
	インスリン	有・無	内容： _____ 朝 単位 ・ 昼 単位 ・ 夕 単位					自己注射・介助	
	血糖測定	有（朝・昼・夕） ・ 無		その他	_____				
	吸引	有（ _____ 回/H） ・ 無		酸素	有（ _____ ℓ/分 マスク・カマ） ・ 無				
褥瘡	有・無	部位・大きさ・深さ・処置内容等 _____							
その他 _____									

【 1日の過ごし方 】 **起床・就寝・朝食・昼食・夕食・昼寝等の時間をご記入ください**



記入者 _____