

日常生活動作（ADL）確認票

様

記入日： 令和 年 月 日

記入者：

移動等	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可				
	特記事項							
排泄	日中排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレ <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ Fr）						
	夜間排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレ <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ Fr）						
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし（ 日に一回 ）				
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	夜間の状況	就寝後の排泄回数 約 回				
	特記事項							
入浴更衣	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	上衣着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	下衣着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	特記事項							
食事・口腔ケア・アレルギー	栄養摂取状態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食（ <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> PPN）						
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない				
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	水分トロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	食事内容	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 7分粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥 <input type="checkbox"/> 重湯						
		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動						
	治療食	<input type="checkbox"/> 経管栄養 種類（ ） 朝 cc 昼 cc 夕 cc						
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり						
	義歯	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分義歯（ ） <input type="checkbox"/> 総義歯） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず						
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
特記事項								
身体状況等	基礎情報	身長： cm 体重： kg （測定日： 令和 4 年 月 日）						
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢（MMT ） <input type="checkbox"/> 右下肢（MMT ） <input type="checkbox"/> 左上肢（MMT ） <input type="checkbox"/> 左下肢（MMT ）						
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： ）						
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方） <input type="checkbox"/> 見えない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方） <input type="checkbox"/> 眼鏡使用						
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方） <input type="checkbox"/> 聞こえない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方）						
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方）	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用				
特記事項								
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> ほぼ不可能 <input type="checkbox"/> 不可能	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない				
	精神状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 記憶力障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 転倒リスク <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	行動抑制	<input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン（ <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 両手 ） <input type="checkbox"/> つなぎ <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 抑制（ <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 ）						
	日常生活自立度	障害自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
	医療情報	<input type="checkbox"/> 感染症（詳細は特記に記入） <input type="checkbox"/> 酸素療法（ ℓ/分） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻） <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 痰吸引（ 回/日） <input type="checkbox"/> 血糖チェック <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置（詳細は特記に記入） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> ペースメーカー						
特記事項								