

日常生活動作(ADL)確認表

記入日：平成 年 月 日
記入者：

様

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他(特記事項)	
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	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	
	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	センサーマット使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	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	床ずれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位など)		
	特記事項				
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル (<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル (<input type="checkbox"/> 介助要)			
		<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 (<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> リハパン使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> バルーン			
	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 (排便 日に1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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	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	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特記事項				
食事・口腔ケア	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	水分ロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 (kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食 (g) <input type="checkbox"/> その他 ()		
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他 ()		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	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 (上・下) <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	(<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ)		残歯 <input type="checkbox"/> あり (約 本) <input type="checkbox"/> なし
特記事項	(使用器具、アレルギー、嗜好など)				
身体状況等	基礎情報	身長 cm	体重 kg (月 日現在)	体重の減少 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		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"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <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"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)		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"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない		ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為			
		<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	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"/> 透析 (回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法			
<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門					
特記事項	<input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー				
1日の過ごし方、1週間の過ごし方など。出来るだけ詳しくご記入ください。					

※この共通申込書は、別紙の「京都府介護老人保健施設 共通申込書」とセットになっています。