

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)	○飲み物 自立・一部介助・全介助 (とろみ付・すいのみ・ストロー)	備考
	○食べこぼし(有・無)	○嚥下障害	
	○入れ歯(有・無)(上・下)	・ 固形物→むせ(有・無)	
	○嗜好 (好きなもの： <u> </u>) (嫌いなもの： <u> </u>)	・ 水分 →むせ(有・無) ○アレルギー・禁忌食等 〔有 <u> </u> ・無〕	
	○食事にかかる時間 およそ <u> </u> 分		
	○経管栄養 (有 <u> </u> 無)		
	○食事形態 常食・おかゆ(分)・きざみ・ひと口大・ミキサー・パン		
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 立上がり(有・無)	使用中(理由を空欄に記入)	
	必要性(有・無)	状況により使用(理由を空欄に記入) 未使用	
排泄	尿意() 便意() 失禁() 排尿回数(回/日)		
	<u>日</u> 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		
	<u>夜間</u> 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		
	脳抑制・4点柵 ・床対応 等	使用中(理由を空欄に記入)	
	必要性(有・無)	状況により使用(理由を空欄に記入) 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)										
況 身 体 的 状	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	介護	大声	妄想	暴力	不潔	昼夜	性的	収集	その
		願望	拒否	・奇声	・幻覚	・暴言	行為	逆転	行為	行為	他
	☆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			