

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

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

※ 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

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