

# ADL確認表

記入日 年 月 日

氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年齢	歳	
自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
身体状況	身長 cm	体重 kg	血液型 型	意識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【 】		
	視覚	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える	眼鏡使用				
	聴覚	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 大きい声なら聞こえる	補聴器使用				
精神状況	言語障害	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害	発話不能				
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	HDS-R 点	MMSE			
	Nsコール	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明	身体拘束	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	詳細【 】		
	行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 収集	その他
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 単語程度	<input type="checkbox"/> 頷き <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 道具				
	理解力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 不明					
	身体機能	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				
起居動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
起立動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
立位保持		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
座位保持		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移乗動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移動		方法 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
食事・口腔	食事手段	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 点滴					
	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					
	食事内容	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ゼリー粥	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー				
	食種	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食	禁食：				
	摂取量	主食 割 副食 割					
	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	義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	日中	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	方法 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン			
	夜間	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	方法 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーン			
	衛生	入浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭	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	整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
医療行為	痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 回/日				
	インスリン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	BSチェック 回/日				
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	大きさ	処置			
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	症状	処置			
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ストマ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	点滴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
感染	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	詳細【 】					