

青梅白寿苑 日常生活動作（ADL）確認表

記入日：令和 年 月 日

氏名： 様

記入者：

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）トイレ、オムツ			
	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	水分トロミ	<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)						

裏面につづく

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"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2							
		認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <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 <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								
	ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン(年 月 日 最終接種日) <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン(年 月 日 最終接種日) <input type="checkbox"/> コロナワクチン(年 月 日 回目 最終接種日)								
	PCR 検査	<input type="checkbox"/> PCR 検査 (年 月 日最終検査日)								
	既往歴	年 月 発症 (病名:) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 薬() 年 月 発症 (病名:) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 薬() 年 月 発症 (病名:) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 薬() 年 月 発症 (病名:) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 薬()								
	特記事項									
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。										