

# 日常生活動作能力調査票（ADL表）

利用者様氏名

様

	項目		状態				備考				
	移動等	歩行	自立	見守り	なんとか可	1、2歩可	できない	使用用具【T字杖・四点杖・歩行器・車輪付き歩行器・平行棒・手引き歩行・その他】			
歩行距離 (介助含む)		30m以上	10m以上	1m以上	1m未満	できない					
車椅子⇄ ベット		自立	軽介助	一部介助	全介助 (1人)	全介助 (2人)					
立位		自立	軽介助	一部介助	全介助	できない	立位保持時間【1分以上・( )秒くらい】				
座位		掴まらなくても可	掴まる所があれば可	リクライニングで可	全くできない	座位保持時間【1時間以上・30分前後・5分未満】					
車椅子操作		自分でできる	なんとか自分でできる	時々手伝えばできる	全介助	未使用	種類【自操型・介助型・リクライニング型】				
食事	食事	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	【箸・スプーン・フォーク・エプロン・自助具】				
	主食	普通	お粥 ( )分	ミキサー	その他		制限【           】kcal・塩分【           】g				
	副食	普通	一口大	刻み (粗・小・極)	ミキサー	その他	パン【食べれる・食べれない・パン粥】				
	食欲	普通	日によってムラがある	あまりない	ない	分からない	義歯【無し・総義歯・上・下・部分】				
	摂取量	概ね8割以上	概ね5割以上	ほとんど5割以下	摂取量のムラが多い	禁止食品【無し・有り(           )】					
	療養食	【無し・糖尿病・貧血・腎臓・高脂血症・その他(           )】					食事・水分のむせ込み【無し・有り】				
	飲み物	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	水分トロミ【無し・有り(薄・中・濃)】				
排泄	排泄(日中)	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	場所【トイレ・Pトイレ・ベット上・その他】				
	排泄(夜間)	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	場所【トイレ・Pトイレ・ベット上・その他】				
	使用用具	布パンツ	リハビリパンツ	パット	オムツ	バルーンカテーター	尿器				
	尿意	無し	どちらかと言えば無し	どちらかと言えば有り	有り	排尿【日中(   ~  )回・夜間(   ~  )回】					
	便意	無し	どちらかと言えば無し	どちらかと言えば有り	有り	排便【ほぼ毎日・2~3日に1回・4日以上に1回】					
	失禁	無し	稀に有り	月に2、3回有り	週に1回以上	ほぼ毎日					
その他	入浴	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	種類【一般浴・椅子浴・寝台浴・リフト浴】				
	更衣	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	介助【上衣・下衣・ボタン・靴下・靴・装具】				
	発語	日常生活会話可能	基本的要求のみ可能	なんとか聞き取れる	身振り・筆談で可	聞き取れない					
	理解	日常生活会話可能	基本的要求のみ可能	なんとか理解している	身振り・筆談で可	理解できない					
	視力	普通	見えにくい が支障無し	人の動きが分かる程度	見えない	聴力	普通	耳元で聞こえる	耳元で大きな声で聞こえる	ほとんど聞こえていない	
夜間睡眠	概ね良眠	稀に不眠	時々不眠	昼夜逆転傾向	不眠	【問題無し・いびき・歯軋り・寝言・その他】					

項目		状態				備考			
床ずれ（褥瘡）	無し	以前、有り	現在、有り【部位： 【エアマット・クッション・その他（ 程度： ）】						
リハビリ意欲	意欲的	どちらかと言え ば意欲的	あまり意欲が 無い	意欲が無い	拒否的				
認知機能低下	無し (年相応)	多少有り	どちらとも言 えない	どちらかと言 えば有り	有り	特に困っている行動や言動があればご記入ください。			
記憶	年相応	時々、最近の 出来事を忘れ る	頻繁に最近の 出来事を忘れ る	直前の事を忘 れる					
他利用者様や職員、ご家族様との対人関係	問題無し	稀に、口調が 強い	時々、口調が 強い	以前、威嚇行 為有り	以前、暴力行 為有り				
身体拘束	無し	検討中	以前に有り	時々有り	毎日有り	【安全ベルト・体幹抑制・ミトン手袋・つなぎ服】			
転倒歴	無し	ここ半年で ( )回	低床ベット対 応	センサーマッ ト対応	畳対応	その他【 】			
質 問						無し	月1～3回	週1回以上	ほぼ毎日
そ の 他	①「物を盗られた」等、被害的になる事がありますか？								
	②実際には無い物が見えたり、聞こえたりする事がありますか？								
	③急に泣いたり、笑ったり、感情が不安定になる事がありますか？								
	④他利用者様や職員、ご家族様にカッとしたり、イライラする事がありますか？								
	⑤しつこく同じ話をする事がありますか？								
	⑥目的も無く動き回る事がありますか？								
	⑦急に椅子や車椅子から立ち上がったたり、座ったりする事がありますか？								
	⑧食べられない物を口に入れる事がありますか？								
	⑨トイレ以外で排泄したり、排泄物を触ったりする不潔行為がありますか？								
	⑩周囲が迷惑する性的な言動や行動がありますか？								
	⑪助言や介護に抵抗する事がありますか？								
	⑫ペーパー類やタオルを必要以上に集めている事がありますか？								
	⑬乱暴な言葉を言ったり、乱暴な行動をする事がありますか？					無し	性格上短気で 時々ある	介護抵抗時に 時々ある	状況に関係 無 く時々ある
	⑭（入院中・入所中の方のみ）ナースコールは押せますか？					【不可・可能（日中約 回・夜間約 回）】			
気を付けている事、気を付けた方がいい事等のアドバイスを ご記入をお願いします。									
身長		c m			体重		kg		

記入日：20 年 月 日現在 記入者： 様

