

# 介護老人保健施設 恵の杜 ADL調査票

令和 年 月 日

利用者 様 記入者 様 (続柄 )

食事	食事コントロール	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ( ) Kcal <input type="checkbox"/> 減塩 ( ) g <input type="checkbox"/> 胃瘻 ( ) ml× ( ) 回		
	摂取の動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	主食の形態	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー食		
	副食の形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー		
	汁物・水分トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ムセ込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	アレルギーによる禁止食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	内服・嗜好による禁止食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
方法	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	摂取量	( ) 割	
特記事項				
排泄	医療管理の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)		
	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
	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット
特記事項				
身体状況	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動の状況	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 付添歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助 )		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
転倒	転倒の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にある		
	コールの使用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 困難～不可 <input type="checkbox"/> 過去に使用する機会がなく判断が困難		
特記事項				
更衣	上着衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	下衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
口腔	口腔内の状態	<input type="checkbox"/> 自歯のみ ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 部分義歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 全義歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項				
視力・聴力	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 輪郭程度 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大きければ可 <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
理解	認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語による意思の疎通	<input type="checkbox"/> 言語障害なし <input type="checkbox"/> 構音障害あり <input type="checkbox"/> 失語症あり		
		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない		
精神状態	行動	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊		
特記事項				
睡眠	眠剤の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 不眠時 )	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり
皮膚状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	白癬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項				