

## 利用者状況調査(ADL)表

氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	身長	体重
	男	M・T・S 年 月 日		
	女	歳	cm	kg

自立・介護 状況	自立	見守り	一部介助	全介助	←あてはまる箇所に○をつけて下さい。											
					備 考											
起立 動作	立位					移動手段	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ( 自操 ・ 介助 )					リクライニング・ストレッチャー・その他 ( )				
	移乗						装具・用具 無・有 ( ) → 所有 ・ レンタル									
	寝返															
移動	屋内					就寝用具	ベッド ・ 布団									
	屋外					転倒リスク	無・有 (頻度・状態: ) 事故: 無・有 ( 回)									
						転落リスク	無・有 (頻度・状態: ) 事故: 無・有 ( 回)									
						身体抑制	無・有 (胴抑・四点柵・センサーマット・ミトン 右・左 )									
						車椅子抑制	無・有 (終日・時間的・時々) 使用品 ( )									
食事					主食	常食・全粥・ペースト・流動・胃ろう ( ml)										
					副食	常菜 ・ 軟菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ペースト										
					水分	普通	トロミ使用	ムセ	無・有	吸引	無・有					
					自助具使用	無・有 ( )					義歯	無・有				
					特別食指示	塩分	g		kcal ( )							
					摂取量・所要時間	平均	割	分	吸引管理	無・有 ( 回/日)						
					アレルギー・禁忌	無 ・ 有 ( )										
					誤嚥性肺炎既往	無・有 (過去 回)			嚥下障害	無・有 ( )						
排泄					排泄	日中: 下着 ・ 尿取 ・ リハパン ・ オムツ ・ ポータブル ・ 尿器										
					用具	夜間: 下着 ・ 尿取 ・ リハパン ・ オムツ ・ ポータブル ・ 尿器										
					尿意	無 ・ 有	便意	無 ・ 有	失禁	無 ・ 有 ( 回/日)						
					バルーン ( ) Fr (交換日: ) ・ ストマー ・ その他 ( )											
更衣	上衣				動作協力	無 ・ 有										
	下衣				拒否	無 ・ 有										
整容					洗顔 ・ ホットタオル	口腔ケア	問題なし ・ 確認 ・ 介助									
入浴					一般浴 ・ 機械浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭 ・ その他 ( )											
家事					身の回り ・ 居室の整理整頓 ・ お手伝い等											
視力	障害		無 ・ 有 ( 右 ・ 左 ・ 全盲)					眼鏡使用	無 ・ 有 ・ 使用できない							
	目薬の使用		無 ・ 有 ( 眼科処方 ・ 市販薬 )					にて ( ) 種類を 回/日								
聴力	障害	無 ・ 有 右 ( 軽 ・ 中 ・ 重 ) 左 ( 軽 ・ 中 ・ 重 )					補聴器	無 ・ 有 ・ 使用できない								

浮腫	無 ・ 有	部位等
特別な皮膚所見	無 ・ 有	部位等
処置	無 ・ 有	内容
褥瘡	無 ・ 有	部位等
コミュニケーション	良好 ・ その場のみ ・ 時間がかかるが可能 ・ 困難 ・ 失語症（可能 ・ 困難） その他（ ） HDS-R・MMSE（ ）	
認知症	無 ・ 軽い ・ 年相応 ・ 重	離設の危険 無 ・ 有
認知症状・問題行動 (該当項目に○をつけて下さい。)	記名力低下 記憶障害 見当識障害 人物誤認 他室訪室 他者トラブル 帰宅要求 昼夜逆転 ケアへの抵抗 感情不安定 性的言動 不潔行為 妄想 幻覚 幻聴 徘徊 暴言 暴力 大声 異食 盗食 放尿 放便 収集癖 せん妄	
	夜間	良眠（ 時間） ・ 間眠 ・ 不眠 ・ 他者への干渉
備考	上記行動における具体的な症状（集団生活における懸念点等）  上記行動に対する有効な対応方法	
身体状況	麻痺	右方麻痺 ・ 左方麻痺 ・ 付随麻痺（ ）
	拘縮	無 ・ 有 部位（ ）
	筋力低下	無 ・ 有 部位（ ）
医療処置	インスリン 朝（ ）単位 ・ 昼（ ）単位 ・ 夕（ ）単位 在宅酸素（ ）ℓ ・ 中心静脈栄養 ・ 気管切開 その他（ ）	
キーパーソン	様（続柄： ）	
男→□ 女→○ 死去→× 本人→2重	その他情報	
家族図	記入日 年 月 日 病院・施設名 記入者 役職・氏名	