ご本人氏名

□家族〔□同居・□別居〕

記入者氏名

* 施設・□病院〔□介護　□看護　□他〕

記入者氏名

　　　　年　　　　月　　　　日　記入

**日常生活動作（ＡＤＬ表）調査票**

介護認定：支援１・２　介護1・2・3・4・5

* 当てはまる箇所に○をつけてください
* 空欄になるべく詳しくご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食　事 | ○食事摂取　　　　　　　　　○飲み物自立・一部介助・全介助　　　自立・一部介助・全介助（箸・スプーン・フォーク）　（とろみ付・すいのみ・ストロー）○食べこぼし（有・無）　　　○嚥下障害○入れ歯（有・無）（上・下） 　　・固形物→むせ（有・無）○嗜好　　　　　　　　　　　　　・水分　→むせ（有・無）好きなもの：　　　　　　　　　○アレルギー・禁忌食等嫌いなもの：　　　　　　　　　〔有　　　　　　　　　・無〕○食事にかかる時間　およそ　　　　分○経管栄養　（有　　　　　　　　　　　　無） | 備考 |
| * 食事形態

常食・おかゆ（　　分）・きざみ・ひと口大・ミキサー・パン |
| 移　動 | 歩行（自立・見守り・介助・杖使用・歩行器使用）車いす（自立・介助）　移乗（自立・介助）リクライニング　　　ストレッチャー　　　　寝たきり |  |
| ○わかる範囲でご記入ください安全ベルト　　　　　　使用中（理由を空欄に記入）立上がり（有・無）　　状況により使用（理由を空欄に記入）必要性　（有・無）　　未使用 |
| 排　泄 | 尿意（　　）便意（　　）失禁（　　）排尿回数（　　　回／日） |  |
| 日中 | 自立・介助トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・紙パンツ・尿取りパットバルーン・ストマ・導尿 |
| 夜間 | 自立・介助トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・紙パンツ・尿取りパットバルーン・ストマ・導尿 |
| 睡　眠 | 夜間良眠　　　不眠（状況を記載）　　昼夜逆転（状況を記載） |  |
| ○わかる範囲でご記入ください胴抑制・4点柵　　　　使用中（理由を空欄に記入）・床対応　等　　　　　状況により使用（理由を空欄に記入）必要性　（有・無）　　未使用 |
| 入浴 | 一般浴　　シャワー浴　　機械浴　　清拭　入浴回数（　　　　　　　／週）好み（　好き　　ふつう　　嫌い　）洗身（自立　　一部介助　　全介助） |  |
| 更衣 | 上衣（　自立　　一部介助　　全介助　）下衣（　自立　　一部介助　　全介助　） |  |
| 身体的状　況 | 皮膚疾患（　有：処置の内容や病名を空欄に記入　　無　）褥瘡　　（　有：部位や処置の内容を空欄に記入　　無　）痛み　　（　有：部位等を空欄に記入　　　　　　　無　）麻痺　　（　有：部位等を空欄に記入　　　　　　　無　）拘縮　　（　有：部位等を空欄に記入　　　　　　　無　）受診の必要性（　有：空欄に詳しく記入　　　　　　無　） |  |
| その他 | 聴力（聞こえる　聞こえにくい　聞こえない）補聴器：有　無 |  |
| 視力（見える　見えにくい　見えない）　　　　眼鏡：有　無 |
| 飲酒（有：飲酒量　　／日　無）　喫煙（有：　　本／日　無）有の場合→喫煙の意志：　有　無 |
| 意思疎通・行動等 | 日常会話　　　　十分可能　　　だいたい可能　　困難言語障害　　　　有　　　　　　無 |  |
| 認知症状　　　　有　　　　　　無 |
| 徘徊 | 帰宅願望 | 介護拒否 | 大声・奇声 | 妄想・幻覚 | 暴力・暴言 | 不潔 行為 | 昼夜 逆転 | 性的 行為 | 収集 行為 | その他 |
| ☆具体的な様子と頻度（日中・夜間の状況もご記入ください） |
| その他何かございましたらご記入ください（医療行為等） | 趣味・特技 |
|  |  |