

# ADL表

ご利用者氏名 ( )	性別 男 ・ 女	ご記入者氏名 ( ) (職種又は続柄)
要介護度	要介護(1・2・3・4・5) ・申請中( 認定調査 / )	
日常生活自立度	(J・A1・A2・B1・B2・C1・C2)	認知症ランク (正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)
	<b>自立レベル</b>	<b>特記事項</b>
食事	① セッティングのみで自力摂取可 ② 声かけで自力摂取可 ③ 前半自力摂取可→後半介助要 ④ 全面介助	形態 主食: 普通・おにぎり・軟飯・全粥・パン粥・ミキサー 副食: 普通・キザミ・極キザミ・ミキサー トロミ剤(要・不要) 特別食:(有・無) DM食( kcal)・ 減塩食( g)・ その他 自助具: お箸・スプーン・フォーク・自助具(有・無) 摂取状況(食量や注意事項等)
経管栄養	胃瘻 PEG交換予定日 ( / )	メニュー 朝 経管栄養剤( )ml + 白湯( )ml } total 昼 経管栄養剤( )ml + 白湯( )ml } kcal 夜 経管栄養剤( )ml + 白湯( )ml } ml
排泄	① 誘導なしで排泄可 ② トイレ誘導 手引き歩行 車椅子 歩行器 ③ ベッド上でオムツ内排泄	オムツ・リハパン・下剤使用・浣腸・摘便 便意(有・不明確・無) 尿意(有・不明確・無) バルーンカテーテル留置(有・無) 最終排便( / ) 最終交換日( / )
入浴	① 見守りで入浴可 ② 一部自立(洗髪・洗顔・上半身) ③ 全面介助	<input type="checkbox"/> 浴室の椅子に座って洗える <input type="checkbox"/> 座位保持不安定にて座椅子必要 <input type="checkbox"/> 機械浴で全面介助 最終入浴( / )
移動	①独歩 ②杖 ③手引き歩行 ④歩行器 ⑤ 車椅子 ⑥ リクライニング車椅子 ⑦ 終日ベッド	ふらつき(有・無) 一人トランス(有・無) 前傾姿勢(有・無) 二人トランス(有・無) 立位保持(安定・不安定)
更衣	① 全て自立 ②見守りにて可能 ③一部可能 ④全介助	<input type="checkbox"/> かぶり物を頭から入れてやると手を自分で入れられる <input type="checkbox"/> ズボン類に声かけて足を入れられる <input type="checkbox"/> 声かけてズボンを引き上げたり出来る
整容	① 自立 ② 歯磨きのみ自立 ③ 洗面も何とか可 ④ 口腔・顔面清拭 ⑤ 全面介助	<input type="checkbox"/> 義歯(ある・ない) <input type="checkbox"/> ポリデント使用(有・無) <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけて歯磨きが出来、含嗽も可 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉は付けないうで、歯磨きができる <input type="checkbox"/> 含嗽ができない <input type="checkbox"/> 自分で顔が拭ける
睡眠	①良眠 ②時々不眠 ③不眠 ④その他	センサー使用(要・不要) 褥瘡予防マット(要・不要)
問題行動	(有・無)	①奇声 ②異食 ③暴力 ④暴言 ⑤弄便行為 ⑥不穏 ⑦不眠
徘徊	(有・無)	① フロア内を徘徊 ② 他者のベッドで寝る ③ 他の居室に入る ④ 自分の部屋が解らない
意思疎通	①可能 ②一部可能 ③不可能	長谷川式( /30点) MMSE( /30点) 施行日( / )
※その他、生活上の注意点などあればご記入下さい。		