日常生活動作（ADL）評価表

記入日：　　年　　月　　日
記入者：　　続柄：

氏名：　　様

移動等	移動	□自立　□一部介助　□全介助	移動手段	□独歩　□手引き　□杖　□歩行器　□車椅子	
	転倒	□なし　□あり（頻度、骨折歴、最近の転倒状況：　　）			
	立位	□可　□支えがあれば　□不可	座位	□可　□支えがあれば可　□不可	
	移乗	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	センサーマット使用	□なし　□あり	
	寝返り	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	褥瘡	□なし　□あり	
	特記事項				
排泄	排泄	□自分でトイレ　□介助でトイレ　□夜だけポータブル（□介助要）　□いつもポータブル（□介助要）			
		□夜だけオムツ　□一日中オムツ　□尿機（□介助要）　□リハビリパンツ使用　□パット使用　□尿カテ			
	尿意	□あり　□時々あり　□なし	便意	□あり　□時々あり　□なし（摘便　　日に１回）	
	失禁	□あり　□時々あり　□なし	夜間の状況	就寝後の排泄回数（約　　回）	
	特記事項				
更衣 入浴	入浴	□自立　□一部介助　□全介助　□清拭のみ	着脱	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	
	入浴方法	□手引き　□シャワーチェアー　□リフト　□ストレッチャー　□個浴　□その他（　　）			
	特記事項				
食事・口腔ケア	食事動作	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助	嚥下	□問題なし　□しにくい　□できない	
	むせ込み	□あり　□なし　□時々あり	水分トロミ	□あり　□なし	
	食事内容	食種	□普通　□軟菜　□糖尿病食（　　kcal）　□塩分制限食（　　g）　□その他（　　）		
		主食	□米飯　□軟飯　□全粥　□ミキサー粥　□おにぎり　□その他（　　）		
		副食	□普通　□軟菜　□一口大　□きざみ　□ミキサー　□トロミ付き　□その他（　　）		
	摂取量	□おおむね全量　□7～8 割　□半量程度　□半量以下　□日によってムラあり			
	義歯	□あり（□部分義歯（□上　□下）　□総義歯）　□なし　□使用せず			
	口腔ケア	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□歯ブラシ使用　□うがい	残歯	□あり（　本）　□なし	
	特記事項				
身体状況等	基礎情報	身長　　㎝　体重　　kg（　/　現在）	体重減少	□なし　□あり（　　ヶ月で　　kg 減）	
	麻痺	□なし　□右上肢　□右下肢　□左上肢　□左下肢			
	関節痛	□なし　□あり（部位：　　）	拘縮	□なし　□あり（部位：　　）	
	視力	□見える　□見えにくい（□右　□左　□どちらも）　□見えない（□右　□左　□どちらも）　□眼鏡使用			
	聴力	□聞こえる　□聞こえにくい（□右　□左　□どちらも）　□聞こえない（□右　□左　□どちらも）			
	補聴器	□なし　□右　□左　□どちらも	睡眠	□良眠　□時々不眠　□不眠（□眠剤使用）	
	特記事項				
その他の情報	意思疎通	□できる　□時々できる　□ほとんどできない　□できない	ナースコール	□押せる　□押せない	
	言葉の理解	□できる　□時々できる　□ほとんどできない　□できない			
	行動障害	□なし　□徘徊　□暴言　□暴行　□昼夜逆転　□妄想　□異食　□大声をあげる　□不潔行為			
		□幻覚・幻聴　□性的問題行動　□介護への抵抗　□その他（　　）			
	日常生活自立度	障害自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2		
		認知症	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ⅴ　□M		
	医療情報	□感染症（詳細は特記に記入）　□経管栄養（□胃ろう　□経鼻）　□気管切開　□酸素療法			
		□痰吸引　□吸入　□点滴管理　□インシュリン　□バルーンカテーテル　□膀胱ろう　□人工肛門			
		□褥瘡処置　□中心静脈栄養　□ターミナル管理　□モニター管理　□人工呼吸器　□ペースメーカー			
	特記事項				

生活歴・一日の過ごし方、性格、趣味などできるだけ詳しくご記入ください。