

日常生活動作（ADL）調査票

【横浜市介護老人保健施設共通様式】

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

*当てはまる箇所に○、頻度がときどきの場合は△をご記入下さい (続柄・職種)

| 項目 | レベル | | | 内容 | 備考 |
|------|----------|------|-----|--|----|
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |
| 食事 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療・禁止食() 使用具(箸・スプーン・その他『 』) | |
| 移動 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 杖・歩行器・車椅子・装具 | |
| 移乗 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |
| 立位保持 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |
| 座位保持 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |
| 寝返り | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |
| 排泄 | 日中 自立 | 一部介助 | 全介助 | トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット) | |
| | 夜間 自立 | 一部介助 | 全介助 | トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット) | |
| | | | | 尿意(有・無) 便意(有・無) 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) バルーンカテーテル ストマ | |
| 入浴 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 一般浴・中間浴・機械浴・清拭 | |
| 更衣 | 上衣 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |
| | 下衣 自立 | 一部介助 | 全介助 | | |

意思疎通 普通・困難 (具体的な様子:)

視力障害 無・有 (具体的な様子:)

聴力障害 無・有 (具体的な様子:)

認知症状 無・有 (具体的な様子:)

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|------|------|-------|-------|-------|------|------|------|----|----|------|
| 行動 | 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 | 異食 | 盗食 | 収集行為 |
| | 具体的な様子と頻度 *身体拘束 有・無 | | | | | | | | | | | |

{その他に何かございましたらご記入ください。}