

ADL記入表			特記事項
移動	立位	自立 ・ 手すりが必要 ・ 一部介助(常に支えが必要) ・ 全介助(不可)	
	歩行	自立 ・ 見守り必要 ・ 手引き必要 ・ 不可	
	歩行道具	___点杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 無	
	車椅子利用	有 ( 自操 : 可 ・ 不可 ) ・ 無	
食事	口に運ぶ	自立 ・ 出来るが食べこぼす ・ 一部介助 ・ 全介助	
	内容	主 ( 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ) 副 ( 普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー ) おやつ(普通 ・ ゼリー状おやつ) トロミ(主 ・ 副 ・ 水分) ・ 経管	
	その他	義歯( 総 ・ 部分 ・ 無 ) アレルギー( 有 ・ 無 ) エプロン( 有 ・ 無 ) スプーン( 大 ・ 小 ・ 無し )	
排泄	下着	布パンツ ・ 尿取りパッド ・ 紙パンツ ・ おむつ	
	介助方法	自立 ・ 声掛け必要 ・ 一部介助 ・ オムツ	
入浴	洗体	自立 ・ 洗体介助必要 ・ 洗髪介助必要 ・ 全介助	
	出入り	自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	着脱	自立 ・ 一部介助(ズボン、パンツ介助必要 ・ 靴下) ・ 全介助	
その他	文字を書く	書ける ・ どうか書ける ・ 書けない	
	会話	話せる ・ 話せるが理解があやふや ・ 話せないが理解できる 訴えのみ ・ 話せない	
	聴力	普通 ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない 補聴器( 有 ・ 無 )	
	視力	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない 眼鏡( 有 ・ 無 )	
	睡眠	良 ・ 不良 眠剤使用 有( ) ・ 無	
認知症	認知症状 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 具体的症状		
社会資源	<input type="checkbox"/> 在宅(利用無し) <input type="checkbox"/> ヘルパー( 曜日 ) <input type="checkbox"/> ショートステイ(施設名 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	<input type="checkbox"/> 他通所サービス ( 曜日 ) ・ ( 曜日 )		
	<input type="checkbox"/> 入院中( 退院予定 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 入所中( 退所予定 年 月 日 )		
医療面について	現病名	既往歴	
	感染症	感染症の有無(有の場合は、具体的に記入してください) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 不明	
	医療処置	<input type="checkbox"/> 服薬 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 鼻腔 ・ 胃ろう )	
		<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ(部位 ) <input type="checkbox"/> その他( )		