

ADL（日常生活動作）票

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) (男・女)

移動	歩行	できる	杖・歩行器	手引き・伝い	できない	転倒・転落の危険 (有・無) コール認識 (有・無)
	車椅子 (駆動)	使用しない	できる	一部手伝ってもら	押してもら	()
	車椅子 (移乗)	できる	ほぼ自分でできる	一部手伝ってもら	すべて手伝ってもら	
	立ち上がり	できる	掴まればできる	一部手伝ってもら	すべて手伝ってもら	
	起き上がり	できる	紐・手すりを 使えばできる	一部手伝ってもら	すべて手伝ってもら	
	その他	麻痺 (有・無)		麻痺側 上肢 (左側・右側) 下肢 (左側・右側)		
食事	食事	自分で食べられる ・箸 ・スプーン	ほぼできる 食べこぼし (有・無)	一部手伝ってもら	すべて手伝ってもら	胃ろう
	主食	米飯	お粥 (普通・水切り・つぶし)			ミキサー粥
	副食	常食	一口大	きざみ	ソフト食	ミキサー食
	飲み物	自分で飲める	ほぼできる	一部手伝ってもら	すべて手伝ってもら	必要な 道具 ・コップ ・吸いのみ ・ストロー
	その他	禁止食品 (有・無)		特別食、カロリー制限等		義歯 上 (全体・部分・無) 下 (全体・部分・無) 自己管理 (可・不可)
		【好きな食べ物】	【嫌いな食べ物】	食事量 (少・普通・多)	トロミ剤 (有・無)	嚥下状態
排泄	日中	できる	トイレにて一部 手伝ってもら	トイレにて全部 手伝ってもら	ベッド上にて 手伝ってもら	尿意 (有・あいまい・無)
	夜間	できる	トイレにて一部 手伝ってもら	トイレにて全部 手伝ってもら	ベッド上にて 手伝ってもら	一部支援の場合どのような支援が必要ですか
		一部支援の場合どのような支援が必要ですか				パット類の使用 ・使用しない ・パット ・リハビリパンツ ・テープ式オムツ
入浴	浴室	一般浴 (個浴・歩浴)	車いす浴	寝浴		
	入浴	できる	一部手伝ってもら	すべて手伝ってもら	必要な手伝い ・洗身 ・洗髪 ・浴槽の出入 ・他 ()	

更衣	できる	着替えを用意すればできる	一部手伝ってもらおう	すべて手伝ってもらおう			
整容	自立・見守り	用意すればできる	一部手伝ってもらおう	全部手伝ってもらおう			
視力	普通	見えにくい が支障なし	かなり見えにくい	見えない	眼鏡 (有・無)		
聴力	普通	聞こえにくい が支障なし	大声なら聞き取れる	聞こえない	補聴器 (有・無)		
意思疎通	日常会話が可能	なんとか意思表示できる	言語以外で会話可能 (身振り/筆談)	できない	言語障害 (有・無)		
性格							
睡眠	良眠	浅眠	不眠	昼夜逆転	眠剤 (有・無)		
褥瘡	無・有 → 部位・程度 (
服薬	管理 (本人・他者)		支援方法				
認知症	症状 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 脱衣行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為			※ 認知症により必要な支援や、注意すべき点がありましたらご記入ください。			
	なし ・ I ・ II (a ・ b) ・ III (a ・ b) ・ IV ・ M						
自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5						
身長体重	身長： cm / 体重： kg						
生活リズム 食事・睡眠など	0時	6時	9時	12時	15時	18時	
備考	居室レイアウト図						

記入日 年 月 日

記入者 _____

薬の情報

記録日

記録者

氏名 様 (性別)

診療科名	薬剤名	与薬数					備考
		朝	昼	夕	眠	頓	

- * 下剤・痛み止めなどの頓服薬(なし・あり)
- * 規定量を超えての内服(なし・あり)
- * サプリメントや市販薬など処方以外の服薬(なし・あり)