

# 利用者状況調査表 ( ADL表 )

氏名(フリガナ)	性別	生年月日	身長	体重
様	男 女	M T S 年 月 日 歳	cm	kg

浮腫	無・有	有の場合 ( 部位等 )
特別な皮膚所見	無・有	有の場合 ( 部位等 )
処置	無・有	有の場合 ( 内容 )

自立・介護状況	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	日常生活で「している活動」*あてはまる箇所へ をつけてください
備 考							

コミュニケーション	良好・その場可能・( )分位かかるが可能・極めて困難・失語症(可能・困難)
	他( ) (HDS-R・MMSE・他( )で( )点

起居動作	立位						移動手段	独歩・杖・歩行器・車椅子 (自操可・不可)
	移乗							リクライニング・その他/特記( )

認知症	無・年相応・有	閉鎖棟の必要性	無・有
-----	---------	---------	-----

移動	屋外						就寝用具	ベッド・布団
	屋内						転倒リスク	無・有(頻度・状態) 事故歴: 無・有 回
								車椅子抑制

顕著な症状 (該当項目に をお願 いします)	記憶力低下	記憶障害	見当識障害	人物誤認
	妄想	幻覚	幻聴	昼夜逆転
	徘徊	他室訪問	他者トラブル	帰宅要求
	暴言	暴行	ケアへの抵抗	大声
	異食	盗食	収集癖	性的言動

食事	階段昇降						臥床時抑制	有 胸抑制・四点柵・センサーマット・ミトン
							その他特記事項 ( )	
							主 菜	常食・軟飯・全粥・ペースト・胃瘦( ml)

夜間	良眠・( )時以降良眠・断眠・不眠(睡眠時間: 時間程度)・他者への干渉
----	--------------------------------------

食事							副 菜	常菜・軟菜・一口大・刻み・ペースト 義歯: 有・無
							水 分	普通・トロミ使用 ムセ 無・有 (吸引有・無)
							摂取量・所要時間	平均 割・分間 特別食指示 無・有 ( )

備考	上記行動における具体的な症状(集団生活における懸念点等)
	上記行動に対する有効な対応方法

排泄							吸引管理	無・有( 回/日) アレルギー・禁忌 無・有 ( )
							誤飲性肺炎の既往	無・有(過去 回) 嚥下障害 無・有 ( )
							排泄用具	日中: 下着・パット・リハビリパンツ・オムツ・ポータブル

家族図	*できる限り詳しくご記入下さい	主介護者氏名	様
*男 女 死去 × 本人 2重		(続柄)・就労有無	( )・有 無

排泄							夜間: 下着・パット・リハビリパンツ・オムツ・ポータブル
							尿意 (有・無) 便意 (有・無) 失禁 (無・有( 回/日))

		キーパーソン	様
		(続柄)・就労有無	( )・有 無

更衣	上衣						動作協力	無・有 ( )
	下衣						拒否	無・有 ( )

~ご家族介護状況~  
\*ご利用後の参考になるような情報をご提供下さい

整容							*髪をとかず・洗顔等	口腔ケア	問題なし・確認必要・介助
入浴							種類	一般浴・機械浴・シャワー浴・清拭・その他( )	

記入者職名・氏名(病棟名): 記入日 H . .

家事							*身の回り・居室の整理整頓・お手伝い等
視力	障害	無・有 (左・右・全盲)	眼鏡使用	無・有・所持も不使用			
	目薬の使用	無・有(内部処方・外部処方・市販薬にて( )種類を 回/日)					

お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました。今後のケアに活用させていただきます。