

ADLチェック表(入所判定資料)

記入年月日	年	月	日	施設名		記入者	
氏名	様	男・女	M・T・S	年	月	日	歳
							要介護度
							備考
食事	食事形態	主食 ( <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー )					備考
		副食 ( <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー )					
	とろみ ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
	治療食 ( <input type="checkbox"/> 食: 制限等 )						
食事摂取	アレルギー等・禁食 ( )						
	食事方法 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
その他	箸 ( <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> リハ食器 <input type="checkbox"/> リハスプーン )						
	エプロン ( <input type="checkbox"/> 着用 <input type="checkbox"/> 不着用 )						
	誤嚥歴 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
	ありの場合 ( 最近発生日: 頻度: )						
誤嚥の危険性 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )							
ムセ込み ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )							
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
		尿意 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )					
		便意 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )					
	誘導	失禁 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )					
		日中 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )					
	形態	夜間 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )					
		日中 ( <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット )					
		( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 )					
夜間 ( <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット )							
排便	( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 )						
	<input type="checkbox"/> 規則的 ( 回 / 日 )						
	<input type="checkbox"/> 不規則 ( 対応: )						
	下剤 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
その他	浣腸 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
	摘便 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
	トイレの場所の理解 ( <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない )						
基本動作	不潔行為 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
	体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	歩行状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス					
		補装具 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )					
		ふらつき ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )					
		転倒歴 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )					
車イス	ありの場合 ( 最近発生日: 頻度: )						
	移動 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
	種類 ( <input type="checkbox"/> 自操式 <input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> リクライニング式 )						
	車イスからの立ち上がり ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
移乗	立ち上がり危険度 ( <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> なし )						
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
入浴	入浴方法 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー )						
	洗身 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
	拒否 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )						
整容	ありの場合 ( 拒否理由: )						
	更衣 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
	洗面 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
	髭剃り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
	歯磨き ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )						
	義歯 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )						

\*病院に入院している場合や、施設に入所されている場合には看護師等に、在宅で生活されている場合にはケアマネージャー等に確認や記入の依頼をしてください。

				備考
睡眠	状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 ( 頻度: )		
	眠剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 経過: )		
	その他	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 低床 臥床の見守りの必要性 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )		
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 支障無 <input type="checkbox"/> 弱視 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 全盲 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )		
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障無し <input type="checkbox"/> 難聴 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 ) 補聴器の使用 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )		
	言語	<input type="checkbox"/> 支障無 <input type="checkbox"/> 支障有 ( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 )		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> かるうじて <input type="checkbox"/> その場のみ 手段 ( <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> 50音表 <input type="checkbox"/> 筆談 ) 他者との関わり ( <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> トラブルあり <input type="checkbox"/> 関わり無 )		
認知症	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ ありの場合 ( 認知症判定テスト: 点 )		
	問題行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 放便 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 放歌 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 感情起伏 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
拘束	拘束	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ ありの場合 ( <input type="checkbox"/> 四点柵 <input type="checkbox"/> 胸抑制 <input type="checkbox"/> 安全帯 <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> 着床センサー ) 使用理由 ( )		
身体状況	基本	( 身長: cm ) ( 体重: Kg )		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位 )		
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位 )		
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位 大きさ )		
	エアマット	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない		
性格				
趣味				
頻繁な訴え	内容			
	時間帯			
	対応策			
日中の様子				
医療	主な病名			
	処方薬剤			
	処置などその他			
	バイタル	平均体温: °C	血圧: /	酸素飽和度: %