

A D L 表

ご利用者氏名	()	性別	男・女	ご記入者氏名 (職種又は続柄)	()
要介護度	要介護(1・2・3・4・5)・申請中(認定調査 /)				
日常生活自立度	(J・A1・A2・B1・B2・C1・C2)	認知症ランク	(正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)		
	自立レベル		特記事項		
食事	① セッティングのみで自力摂取可 ② 声かけで自力摂取可 ③ 前半自力摂取可→後半介助要 ④ 全面介助		形態 主食: 普通・おにぎり・軟飯・全粥・パン粥・ミキサー 副食: 普通・キザミ・極キザミ・ミキサー トロミ剤(要・不要) 特別食: (有・無) DM食(kcal)・減塩食(g)・その他 自助具: お箸・スプーン・フォーク・自助具(有・無)		
			摂取状況(食事量や注意事項等) []		
経管栄養	胃瘻	PEG交換予定日 (/)	メニュー 朝 経管栄養剤()ml + 白湯()ml } total 昼 経管栄養剤()ml + 白湯()ml } kcal 夜 経管栄養剤()ml + 白湯()ml } ml		
排泄	① 誘導なしで排泄可 ② トイレ誘導 手引き歩行 車椅子 歩行器 ③ ベッド上でオムツ内排泄		オムツ・リハパン・下剤使用・浣腸・摘便 便意(有・不明確・無) 尿意(有・不明確・無) バルーンカテーテル留置(有・無) 最終排便(/) 最終交換日(/)		
入浴	① 見守りで入浴可 ② 一部自立(洗髪・洗顔・上半身) ③ 全面介助		<input type="checkbox"/> 浴室の椅子に座って洗える <input type="checkbox"/> 座位保持不安定にて座椅子必要 <input type="checkbox"/> 機械浴で全面介助 最終入浴(/)		
移動	① 独歩 ② 杖 ③ 手引き歩行 ④ 歩行器 ⑤ 車椅子 ⑥ リクライニング車椅子 ⑦ 終日ベッド		ふらつき(有・無) 一人トランス(有・無) 前傾姿勢(有・無) 二人トランス(有・無) 立位保持(安定・不安定)		
更衣	① 全て自立 ② 見守りにて可能 ③ 一部可能 ④ 全介助		<input type="checkbox"/> かぶり物を頭から入れてやると手を自分で入れられる <input type="checkbox"/> スポン類に声かけて足を入れられる <input type="checkbox"/> 声かけてスポンを引き上げたり出来る		
整容	① 自立 ② 歯磨きのみ自立 ③ 洗面も何とか可 ④ 口腔・顔面清拭 ⑤ 全面介助		<input type="checkbox"/> 義歯(ある・ない) <input type="checkbox"/> ポリデント使用(有・無) <input type="checkbox"/> 歯磨き粉をつけて歯磨きが出来、含嗽も可 <input type="checkbox"/> 歯磨き粉は付けなくて、歯磨きができる <input type="checkbox"/> 含嗽ができない <input type="checkbox"/> 自分で顔が拭ける		
睡眠	① 良眠 ② 時々不眠 ③ 不眠 ④ その他		センサー使用(要・不要) 褥瘡予防マット(要・不要)		
問題行動	(有・無)		① 奇声 ② 異食 ③ 暴力 ④ 暴言 ⑤ 弄便行為 ⑥ 不穏 ⑦ 不眠		
徘徊	(有・無)		① フロア内を徘徊 ② 他者のベッドで寝る ③ 他の居室に入る ④ 自分の部屋が解らない		
意思疎通	① 可能 ② 一部可能 ③ 不可能		長谷川式(/30点) MMSE(/30点) 施行日(/)		

※その他、生活上の注意点などあればご記入下さい。