

日常生活動作（ADL）調査票

【横浜市介護老人保健施設共通様式】

平成 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様
(続柄・職種)

項目	レベル			内容	備考
食事	自立	一部介助	全介助	形態 主食 (ご飯・軟飯・全粥・ミキサー) 副食 (普通・刻み・極刻み・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療・禁止食() 使用具(箸・スプーン・その他『 』)	
移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移乗	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
寝返り	自立	一部介助	全介助		
排泄	日中 自立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜間 自立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿意(有・無) 便意(有・無)	
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更衣	上衣 自立	一部介助	全介助		
	下衣 自立	一部介助	全介助		

意思疎通	普通・困難 (具体的な様子:)
視力障害	無・有 (具体的な様子:)
聴力障害	無・有 (具体的な様子:)
認知症状	無・有 (具体的な様子:)

行動	徘徊	帰宅願望	介護拒否	大声奇声	妄想幻覚	暴力暴言	不潔行為	昼夜逆転	性的行為	異食盗食	抑制・拘束センサーマット
	具体的な様子と頻度										

{その他に何かございましたらご記入ください。}