

# A D L 情 報

※記入方法(該当項目の○を●くぬってチェック)

記入年月日( 年 月 日)

※記入者( )

利用者氏名【 様】 【 才】

(看護・介護・ケアマネ・家族・他)

食 事	主 食	○米飯 ○粥(○全粥・○7分・○5分・○3分) ○ミキサー		○自立 ○見守り	
	副 食	○常食 ○キザミ ○極キザミ ○ミキサー ○トロミ付き		○一部介助	
		* 普通食 * 特食( )		○全介助	
	食事制限等	カロリー制限 ○無 ○有( kcal/日) 水分制限 ○無 ○有( cc/日)			
	禁止食品	○無 ○有(嗜好により食べられない食材も記入)			
	嚥下困難	○無 ○有			
	義 歯	○有 (○総義歯 ○上のみ ○下のみ ○部分義歯 ) ○無			
口腔ケア	○自立 ○一部介助 ○全介助 ※ 義歯預かり ○有 ○無				
排 泄	尿 意	○無 ○時々有り ○有	便 意	○無 ○時々有り ○有	
	失禁	○無 ○時々有り ○有(失禁の種類: )			
	昼	○トイレ ○尿器使用 ○ポータブルトイレ		○自立	
		○リハビリパンツ ○パット ○オムツ ○布パンツ		○見守り	
	夜	○トイレ ○尿器使用 ○ポータブルトイレ		○一部介助	
		○リハビリパンツ ○パット ○オムツ ○布パンツ		全介助	
カテーテル等の使用 ○無 ○有( )					
入 浴	○一般浴 ○中間浴 ○特浴 ○自立 ○見守り ○一部介助 ○全介助				
更 衣	○自立 ○見守り ○一部介助 ○全介助				
皮 膚	湿 疹 ○無○有(部位: )		褥 瘡 ○無○有(部位: )		
	浮 腫 ○無○有(部位: )		外傷等 ○無○有(部位: )		
視 力 障 害	○有○無	* 有の場合 ○右目 ○左目 《状態: 》 日常生活への支障 ( ○有 ○無 ) ※ メガネ ○有 ○無			
聴 力 障 害	○有○無	* 有の場合 ○右耳 ○左耳 ○かなりの難聴 ○やや難聴 ※補聴器 ○有 ○無			
言 語 障 害	○有○無	*有の場合 ○失語症 ○構語障害 ○呂律障害 ○その他			
運 動 障 害	麻 痺	○有○無	* 有の場合 ○右片麻痺 (○上肢 ○下肢) ○左片麻痺 (○上肢 ○下肢) ○四肢麻痺 ○両下肢麻痺 ○両上肢麻痺		
	拘 縮	○有○無	* 有の場合 ○肩関節 ( ○右 ○左) ○肘関節 ( ○右 ○左) ○膝関節 ( ○右 ○左) ○股関節 ( ○右 ○左)		
動 作	立 位	○自立にて可(何かにつかまって可も含む) ○一部介助で可(支えてもらう等) ○不可			
	座 位	○自立にて可(何かにつかまって可も含む) ○一部介助で可(支えてもらう等) ○不可			
	体位変換	○自立にて可(何かにつかまって可も含む) ○一部介助で可 ○不可			
	移 動	○自立歩行 ○杖歩行 ○歩行器 ○シルバーカー ○車イス(○自操 ○介助)			
認 知 状 態	○有○無	問 題 行 動 ○無 ○有(内容を以下にチェック)			
		○徘徊 ○昼夜逆転 ○幻聴 ○幻覚 ○脱衣行為 ○大声 ○不潔行為(便いじり等..) ○暴言 ○暴力 ○介護拒否(入浴拒否等..) ○異食行為 ○収集癖 ○帰宅願望 ○物忘れ ○失見当			
コミュニケーション	○良好 ○やや困難 ○困難				
その他	・タバコを吸いますか?(○いいえ○はい 本/日) ・お酒を飲みますか?(○いいえ○はい を 杯/日) ・自分の名前を言えますか?(○はい ○いいえ) ・自分の年齢を言えますか?(○はい ○いいえ)				