

入居申請時ADL票(様式第3号)

調査日 令和 年 月 日	記入者氏名(所属施設名)	入居申込者氏名
-----------------	--------------	---------

食事	摂取動作	自立	一部介助	全介助	主食	常食	軟飯	粥	ソフトゼリー
	摂取用具	箸	スプーン	フォーク	副食	常食・一口大	刻み	ミキサー	ソフトゼリー
	摂取量	全量	半量	食べない	経管栄養	鼻腔	胃ろう		
	飲み込み	できる	ムセあり	できない					

排泄	排泄動作	自立	一部介助	全介助	排泄場所	トイレ	ポータブルトイレ	ベッド上	
	介助動作	自立	一部介助	全介助	ケア用品	尿パッド	紙パンツ	紙おむつ	
	尿意	あり	時々あり	なし	排尿頻度	日中	_____回程度	夜間	_____回程度
	便意	あり	時々あり	なし	排泄障害	尿管カテーテル	人工肛門		

起居動作	起床・移乗動作	自立	一部介助	全介助	※空欄に介護されている状況を記入してください				
	立位保持	できる	支え必要	できない					
	移動動作	独歩/杖	歩行器	車椅子					
	座位保持	できる	支え必要	できない					

着替え	上衣	自立	一部介助	全介助	
	下衣	自立	一部介助	全介助	
	ボタンかけ外し	自立	一部介助	全介助	

入浴	洗身	自立	一部介助	全介助	
	洗髪	自立	一部介助	全介助	
	浴槽	一般浴	リフト浴	ストレッチャー浴	
	浴槽の出入り	自立	一部介助	全介助	

整容	口腔ケア	自立	一部介助	全介助	
	洗面	自立	一部介助	全介助	
	整髪	自立	一部介助	全介助	
	爪切り	自立	一部介助	全介助	

感覚器等	視力	見える	見えにくい	見えない	
	聴力	聞こえる	聞こえにくい	聞こえない	
	麻痺	なし	ある		
	関節の拘縮	なし	ある		

認知機能	物忘れ	なし	年齢相応	よくある	
	認知症の診断	なし	あり		
	意思の伝達	できる	時々できる	できない	
	会話の成立	する	時々する	しない	
	自分の名前	わかる	時々わかる	わからない	
	生年月日	わかる	時々わかる	わからない	
	現在の季節	わかる	時々わかる	わからない	
	現在いる場所	わかる	時々わかる	わからない	

認知症状	認知症状	ない	ある					
	種類	介護への抵抗 感情の不安定さ		失見当 被害的	収集癖 作話	幻視 帰宅願望	幻聴 昼夜逆転	不潔行為 暴行、暴言、大声

既往歴	年月日	病名	病院名
	年月日	病名	病院名
	年月日	病名	病院名
	年月日	病名	病院名
	年月日	病名	病院名

その他	
-----	--