

入居申請時ADL票(様式第3号)

記入例

調査日 令和 年 月 日	記入者氏名	該当する項目を ○で囲んでください	入居申込者氏名
-----------------	-------	----------------------	---------

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

平均的なトイレの回数を記入してください

排泄	排泄動作	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	排泄場所	<input checked="" type="radio"/> トイレ	<input checked="" type="radio"/> ポータブルトイレ	
	介助動作	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	ケア用品	<input checked="" type="radio"/> 尿パッド	<input checked="" type="radio"/> 紙パンツ	紙おひつ
	尿意	<input checked="" type="radio"/> あり	時々あり	なし	排尿頻度	日中 <u>6</u> 回程度	夜間 <u>2</u> 回程度	
	便意	<input checked="" type="radio"/> あり	時々あり	なし	排泄障害	尿カテーテル	人工肛門	

起居動作	起床・移乗動作	自立	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 支え必要	できない	・ベッド柵につかまって立ち上がる			
	移動動作	独歩/杖	<input checked="" type="radio"/> 歩行者	車椅子	・室内・外とも肘置き付きの歩行者を使用			
	座位保持	できる	<input checked="" type="radio"/> 支え必要	できない				

着替え	上衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	・衣類を渡せば自分で着るが前後間違えることがある
	下衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	
	ボタンかけ外し	自立	一部介助	<input checked="" type="radio"/> 全介助	

入浴	洗身	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	・デイサービスで介助を受けて入浴している
	洗髪	自立	一部介助	<input checked="" type="radio"/> 全介助	
	浴槽	<input checked="" type="radio"/> 一般浴	リフト浴	ストレッチャー浴	
	浴槽の出入り	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	

整容	口腔ケア	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	・声掛けして自分で歯を磨く 入れ歯は家族が管理
	洗面	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	
	整髪	自立	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	
	爪切り	自立	一部介助	<input checked="" type="radio"/> 全介助	

感覚器等	視力	<input checked="" type="radio"/> 見える	見えにくい	見えない	・新聞の文字は読めないが、テレビは見えている様子 ・補聴器無し、大きい声で話せば聞こえる ・麻痺は無いが、慢性腰痛あり、聞けば「痛い」と言う
	聴力	聞こえる	<input checked="" type="radio"/> 聞こえにくい	聞こえない	
	麻痺	<input checked="" type="radio"/> なし	ある		
	関節の拘縮	<input checked="" type="radio"/> なし	ある		

認知機能	物忘れ	なし	年齢相応	<input checked="" type="radio"/> よくある	・気になることがあると、何度も同じ質問をしてくる ・電話に出ても、誰からの電話か忘れてしまう ・場に即した受け答えはするが、事実ではないことを言ったりする ・食事をしても「自分だけご飯を食べさせてもらえない」 ・お菓子を置いておくと、あるだけ食べてしまう
	認知症の診断	なし	<input checked="" type="radio"/> あり		
	意思の伝達	<input checked="" type="radio"/> できる	時々できる	できない	
	会話の成立	<input checked="" type="radio"/> する	時々する	しない	
	自分の名前	<input checked="" type="radio"/> わかる	時々わかる	わからない	
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> わかる	時々わかる	わからない	
	現在の季節	わかる	<input checked="" type="radio"/> 時々わかる	わからない	
	現在いる場所	わかる	<input checked="" type="radio"/> 時々わかる	わからない	

認知症状	認知症状	ない	<input checked="" type="radio"/> ある					
	種類	介護への抵抗 感情の不安定さ		失見当 <input checked="" type="radio"/> 被害的	収集癖 <input checked="" type="radio"/> 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	平成20年頃	病名	高血圧・高脂血症	病院名	〇〇クリニック
	年月日	平成22年頃	病名	腰痛	病院名	△△整形外科医院
	年月日	令和2年4月	病名	アルツハイマー型認知症	病院名	□□病院 精神科
	年月日		病名		病院名	
	年月日		病名		病院名	

その他	平成XX年に夫が他界して以降、物忘れ症状が顕著になってきた。
-----	--------------------------------