

# 入居申請時ADL票(様式第3号)

特別養護老人ホーム札内寮

調査日 令和 年 月 日	記入者氏名および施設名	入居申込者氏名
-----------------	-------------	---------

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日生	身長 152 cm	体重 54 kg (増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
-----------------	-----------	--

食事	摂取動作	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	残存歯	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	摂取用具	<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	入れ歯	上 <input checked="" type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総入れ歯 下 <input checked="" type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総入れ歯
	飲み込み	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ムセあり <input type="checkbox"/> できない	※空欄に介護されている状況を記入してください	
	主食(ご飯)	常食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> トロミ粥	・自分で半分ほど召し上がるが、疲れると介助	
	副食(おかず)	常食 <input checked="" type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト	・おかずを1品程度残すことがあるが、ほぼ完食される	
	摂取量	主食 10割程度 副食 8~10程度		
経管/静脈栄養	鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/>			

排泄	排泄動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄場所	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上
	介助動作	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	ケア用品	尿取りパッド <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ <input checked="" type="checkbox"/> 紙おむつ
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	排尿頻度	日中 6回程度 夜間 1~2回程度
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	排泄障害	尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/>

起居動作	起床・移乗動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ベッド柵につかまって立ち上がる ・室内・外とも肘置き付きの歩行器を使用 ・たまに膝折れすることあり
	立位保持	できる <input checked="" type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/>	
	移動動作	独歩/杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/>	
	座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支え必要 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/>	

着替え	上衣	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・衣類を渡せば自分で着るがたまに前後の間違いあり ・ズボン上げきらず、手直し介助
	下衣	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	
	ボタンかけ外し	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	

入浴	洗身	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	・デイサービスで介助を受けて入浴している
	洗髪	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	
	入浴形態	<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 外浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴	
	浴槽の出入り	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>	

整容	口腔ケア	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	整髪	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>
	洗面	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	爪切り	自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>

感覚器等	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	・耳元で大きめの声で伝わる
	聴力	聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 聞こえない	
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	
	関節の拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	

認知機能	物忘れ	なし <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input checked="" type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/>	精神・行動障害 被害的 作話 感情が不安定 昼夜逆転 大声を出す 介護に抵抗 落ち着きなし 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 帰宅願望 幻視 幻聴 異食 不潔行為 収集癖 ・夕方近くなると「家に帰るかな」と言うが、お話傾聴すると落ち着かれる
	認知症の診断	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	
	意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/>	
	会話の成立	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>	
	自分の名前	<input checked="" type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/>	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/>	
	現在の季節	<input checked="" type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/>	
	現在いる場所	わかる <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/>	
	精神・行動障害	なし <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/>	

既往歴	年月日	平成〇〇年頃	病名	高血圧・高脂血症	病院名	〇〇クリニック
	年月日	平成〇〇年頃	病名	腰痛	病院名	△△整形外科医院
	年月日	令和〇年〇月	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	
-----	--