

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	年 月 日生	身長	cm	体重	kg (増加 維持 減少)
------	--------	----	----	----	---------------

食事	摂取動作	自立	一部介助	全介助	残存歯	ある	ない
	摂取用具	箸	スプーン	フォーク	入れ歯	上(部分 総入れ歯) 下(部分 総入れ歯)	
	飲み込み	できる	ムセあり	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	軟飯	粥	トロミ粥		
	副食(おかず)	常食	一口大	刻み	ミキサー ソフト		
	摂取量	主食	割程度	副食	程度		
	経管/静脈栄養	鼻腔	胃ろう	中心静脈			

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	尿取りパッド 紙パンツ 紙おむつ	
	尿意	あり	時々あり	なし	排尿頻度	日中	回数程度 夜間
	便意	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	一部介助	全介助			
	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			
	入浴形態	一般浴	リフト浴	シャワー浴	ストレッチャー浴		
	浴槽の出入り	自立	一部介助	全介助	しない		

整容	口腔ケア	自立	一部介助	全介助	整髪	自立	一部介助	全介助
	洗面	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	やや難聴	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	精神・ 行動障害	被害的 作話 感情が不安定		
	認知症の診断	なし	あり			昼夜逆転 大声を出す 介護に抵抗		
	意思の伝達	できる	時々できる	できない		落ち着きなし 徘徊 帰宅願望		
	会話の成立	する	時々する	しない		幻視 幻聴 異食 不潔行為 収集癖		
	自分の名前	言える	言えない					
	生年月日	言える	言えない					
	現在の季節	わかる	わからない					
	現在いる場所	わかる	わからない					
	精神・行動障害	なし	ある					

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	
-----	--