

記入年月日

年

月

日

記入者氏名

ADL 調査表

氏名		年齢	歳	住民票所在地
現在の生活状況 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 他施設 ()				介護度
全身状態	視力障害	無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両目 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 不明)	
	聴力障害	無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 遠い <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 不明)	
	麻痺	無	<input type="checkbox"/> 有 (部位)	
	関節拘縮	無	<input type="checkbox"/> 有 (部位)	
	褥瘡	無	<input type="checkbox"/> 有 (部位)	
	感染症	無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 不明) (その他)	
食事	食事形態	常食	<input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 副食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 減塩食 (g) <input type="checkbox"/> その他治療食 ()	
	食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥下障害	無	有 (<input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 飲み込み困難)	
移動及び離床	移動		<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖・歩行器が必要) <input type="checkbox"/> 車イス	
	立ち上がり		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	立位保持		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	寝返り		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	車イス移乗		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない	
排泄	座位保持		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	尿意		<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 声掛け) <input type="checkbox"/> 無	
	便意		<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 声掛け) <input type="checkbox"/> 無	
清潔	排泄方法		<input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (1日中・夜間)	
	入浴		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	口腔清拭		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	爪切り		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
意思疎通	更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	認知症	無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 不明)	
	意思表示		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部伝えられる <input type="checkbox"/> できない	
	他者の理解		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部伝えられる <input type="checkbox"/> できない	
その他	金銭管理		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	アレルギー	無	<input type="checkbox"/> 有 (アレルギーの種類) <input type="checkbox"/> 不明	
	インフルエンザ接種		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未接種	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 放便 その他 ()	
	その他		現在、処方されている薬等	

介護支援専門員意見書

ふりがな		被保険者番号															
入所申込者氏名		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>															
ケアプランについて																	
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など																
ご本人の状況	1 身体の状況について（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）																
	2 認知症等について																
	3 疾患等について （特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など）																
その他の留意すべきこと	* ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと																

事業者名	
連絡先電話	
記入者名	