

日常生活動作（ADL表）調査票

年 月 日 記入

ご本人氏名

記入者氏名

□施設・□病院〔□介護・□看護・□他〕・□家族〔□同居・□別居〕・□その他（ ）

| | | | | | | | | |
|---|--|-----------|-------------------|---------------|----------|-----|--------------------|----------------|
| 食事・水分摂取 | <input type="checkbox"/> 主食（ 常食 ・ 粥 ・ ミキサー ） <input type="checkbox"/> 副食（ 常食 ・ 一口大 ・ きざみ ・ みじん ・ ミキサー ） <input type="checkbox"/> 胃瘻（ 高カロリー食 ） <input type="checkbox"/> 禁忌食（ 有 ・ 無 ） | | | | | | | 備考 |
| | <input type="checkbox"/> 食べ方 { 自分で出来る ・ 工夫すれば出来る又は時間がかかるが自分で出来る } { 一部介助 ・ 全介助 } | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 食べこぼし（ 有 ・ 無 ） <input type="checkbox"/> 食事にかかる時間 およそ _____ 分 <input type="checkbox"/> 平均摂取量 約 _____ 割 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 嚥下機能：固形物→むせ（ 有 ・ 無 ・ トロミ使用 ） 水分→むせ（ 有 ・ 無 ・ トロミ使用 ） <input type="checkbox"/> 入れ歯（ 全義歯 ・ 一部 ・ 無 ） | | | | | | | |
| | 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具（ ） | | | | | | | |
| 排泄 | 日中 | 自立 見守り | 時々失禁するが 自分でできる | 時間で誘導 ・声かけ | 一部 介助 | 全介助 | 尿器・Pトイレ トイレ・オムツ | バルーン・導尿 ストマ |
| | 夜間 | 自立 見守り | 時々失禁するが 自分でできる | 時間で誘導 ・声かけ | 一部 介助 | 全介助 | 尿器・Pトイレ トイレ・オムツ | バルーン・導尿 ストマ |
| | <input type="checkbox"/> 尿意（ 有 ・ 時々ある ・ 無 ・ 不明 ） <input type="checkbox"/> 排尿回数（ _____ 回/日 ） <input type="checkbox"/> 便意（ 有 ・ 時々ある ・ 無 ・ 不明 ） <input type="checkbox"/> 便秘（ 無 ・ 有（ ） ） | | | | | | | |
| 入浴 | 自立・見守り・時間をかければ自分でできる・一部介助（洗体・洗髪） 全介助・清拭のみ | | | | | | | |
| | 一般浴 ・ シャワー浴 ・ 中間浴 ・ 特浴 | | | | | ※備考 | | |
| | 好み（ 好き ・ ふつう ・ 嫌い ） | | | | | | | |
| 更衣 | 自立 ・ 着替えを用意すれば自分でできる ・ 見守り又は声かけ 一部介助（ボタン・靴下・ズボン・シャツ） ・ 全介助 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 洗面（ 自立 ・ おしぼりを渡せば自分でできる ・ 一部介助（ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 歯磨き（ 自立 ・ 物品準備すれば自分でできる ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> うがい（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 爪切り（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ ） ・ 全介助 ） <input type="checkbox"/> 整容（ 自立 ・ 時間をかければ自分でできる ・ 一部介助（ ） ・ 全介助 ） | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| 基本動作・リハビリテーション | <p>○寝返り（自立・時間をかければ自分でできる・一部介助・全介助）</p> <p>○起き上がり（自立・柵や手すりなど使えばできる・一部介助・全介助）</p> <p>○座位（できる・支えや背もたれがあればできる・支えがあり40分位ならできる・できない）</p> <p>○起立（自立・つかまればできる・一部介助・できない）</p> <p>○立位（できる・支えがあればできる・支えがあり短時間ならできる・できない）</p> <p>○移乗（自立・声かけや見守り・一部介助・全介助）</p> <p>○歩行 { 自立・見守りや声かけ・限られた範囲_____m位 } { 物につかまれば可能又は、手つなぎ・歩行器・シルバーカー・不可能 }</p> <p>○車椅子（自走・見守りや声かけ・一部介助・全介助）</p> <p>○麻痺の有無（無・有（_____））</p> <p>○拘縮の有無（無・有（_____））</p> | |
| 身体状況 | <p>皮膚疾患（有：処置の内容や病名を空欄に記入 無）</p> <p>褥瘡（有：部位や処置の内容を空欄に記入 無）</p> <p>痛み（有：部位等を空欄に記入 無）</p> <p>受診の必要性（有：空欄に詳しく記入 無）</p> | |
| 心理・社会面について | <p>○聴力 { 普通・大きい声で片方で聞く（右・左）・聞こえるが理解できない } { 聞こえない（<u>補聴器</u> 有・無） }</p> <p>○視力 { 普通・見えにくいが生活に支障ない・人の区別がつく } { 見えない（右/左）（<u>眼鏡</u> 有・無） }</p> <p>○飲酒（有：飲酒量 /日・無） ○喫煙（有：本/日・無） 有の場合→喫煙の意思： 有 無</p> <p>○コミュニケーション { 可能・言葉以外で可能（身振り・筆談・その他）理由_____ } { かるうじて話の理解が可能・意思表示のみ・不可能 }</p> <p>○言語障害（有・無）</p> <p>○記憶（問題ない・年相応・最近の事を頻繁に忘れる・直前の事も記憶できない）</p> <p>○生年月日が（言える・言えない） ○時間の管理が（出来る・出来ない）</p> <p>○複雑な人間関係の保持が（出来る・出来ない）</p> <p>○精神状態（当てはまる項目に<input checked="" type="checkbox"/>して下さい） <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>収集癖 <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>放尿/排泄異常行為 <input type="checkbox"/>早食い <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>拒絶 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>暴力行為 <input type="checkbox"/>不眠/夜間不穏 <input type="checkbox"/>無気力 <input type="checkbox"/>重ね着 <input type="checkbox"/>見当意識障害 <input type="checkbox"/>独語 <input type="checkbox"/>奇声 <input type="checkbox"/>その他</p> | |
| ※精神状態 <input checked="" type="checkbox"/> 項目について具体的に記入してください。 | ※日中・夜間の過ごし方（様子など）ご記入ください。その他何かあれば記入ください。 | |

横浜磯子介護老人保健施設 短期入所療養介護利用申込書

こちらの用紙を表紙にして、フェイスシート・日常生活動作表・服薬情報を一緒にFAXをお願いいたします。 FAX:045-752-6933

| | | | |
|---------|--------------|------------|------------------|
| 申込者 | 氏名 | 続柄() | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| 対象者 | 被保険者番号 | | |
| | (フリガナ) 氏名 | | |
| | 生年月日 M・T・S | 年 月 日 | 性別 男・女 |
| | 介護度 要介護() | ・要支援() | ・申請中(申請日: 年 月 日) |
| | 認定有効期間 令和 | 年 月 日から 令和 | 年 月 日まで |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| | 利用希望日 ①令和 | 年 月 日から 令和 | 年 月 日まで |
| | ②令和 | 年 月 日から 令和 | 年 月 日まで |
| | ③令和 | 年 月 日から 令和 | 年 月 日まで |
| 居宅支援事業者 | 事業所名 | | |
| | ご担当者様 | | |
| | 電話番号 | FAX番号 | |