

南界園入所申込者フェイスシート(ADL状況表)

記入日

年 月 日

※把握されている範囲で記入をお願いします

入所申込者氏名	様	記入者氏名	(続柄:)
生年月日	年 月 日	介護度	要介護(1 2 3 4 5)
待機場所	自宅 ・ 病院・ 老人保健施設(施設名:) ・ その他(施設名:)		

既往歴	
-----	--

※特別な医療がある場合はその内容も記入して下さい

日常生活動作

移動・移動等	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩(m) <input type="checkbox"/> 杖歩行(m) <input type="checkbox"/> 押し車・歩行器歩行(m) <input type="checkbox"/> 介助歩行(m)				
	車椅子	<input type="checkbox"/> 普通型車椅子(自走可 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	つかまり立ち	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	転倒歴	<input type="checkbox"/> あり(月頃) <input type="checkbox"/> なし				
特記事項						
起居動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない				
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	特記事項					
麻痺・拘縮	麻痺	<input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし				
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし				
排泄	尿意・便意	尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	日中の排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(自立 見守り 一部介助 全介助) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> トイレ(自立 見守り 一部介助 全介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()				
	夜間の排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(自立 見守り 一部介助 全介助) <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> トイレ(自立 見守り 一部介助 全介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()				
	下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> おむつ				
	特記事項					
食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻				
	義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自歯あり				
	形態	【主食】		【副食】		
		【特別食】		【補助食品】		
	提供カロリー	kcal		嚥下状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 見守り要 <input type="checkbox"/> 不良		
水分	とろみ(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			身長: 体重:		
入浴	入浴方法	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 普通浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
皮膚状態	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				
	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし				
感覚	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 弱視(右・左) <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡				
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器(右・左)				
	言語障害	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 簡単な意思表示できる <input type="checkbox"/> とれない					
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転あり ※眠剤の使用(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)					
認知症などの症状 <small>項目にしを記載して下さい</small>	徘徊が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		抑うつ状態が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	暴言・暴力が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		異食行為が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	不潔行為が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	妄想が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		不穏が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	幻覚が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		大声・奇声が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	介護拒否が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		物を集めることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	その他	()				

～お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました～