

記入年月日： 年 月 日

記入者： 続柄

氏名： 年齢： 性別： 住民票所在地：

現在の生活状況：病院・在宅・老健・他施設 介護度： 身長： 体重：

A D L 調 査 票

全身状態	視力障害	無	有（左・右・両目 視力低下 全盲 不明）
	聴力障害	無	有（左・右・両耳 遠い 聞こえない 補聴器使用 不明）
	麻痺	無	有（部位：
	関節拘縮	無	有（部位：
	褥瘡	無	有（部位： 大きさ：）
	感染症	無	有（MRSA HBV HCV 梅毒 疥癬） その他（）
食事	食事内容	常食	粥・副食：刻み・ミキサー食・流動食・経管栄養・IVH 治療食（減塩食・糖尿病食） その他（）
	食事	自立	一部介助 全介助
	嚥下障害	無	有（見守りが必要 飲み込みが困難）
歩行及び離床	歩行	できる	杖・歩行器が必要 できない
	立上り	できる	介助が必要 できない
	立位保持	できる	介助が必要 できない
	寝返り	できる	介助が必要 全介助
	起き上がり	できる	見守りが必要 全介助
	車椅子移乗	できる	見守りが必要 一部介助 全介助
	座位保持	できる	見守りが必要 できない
排泄	尿意	自立	見守りが必要・声掛けが必要・誘導が必要 介助が必要
	便意	自立	見守りが必要・声掛けが必要・誘導が必要 介助が必要
	排泄方法	自立	トイレ・トイレ・尿器・オムツ（1日中・夜間のみ） デイパパンツ
清潔	入浴	自立	一部介助 全面介助 歩行浴 機械浴 清拭のみ 訪問入浴サービス・施設入浴・在宅入浴サービス利用 家庭風呂
	口腔清拭	自立	一部介助 全面介助
	爪切り	自立	一部介助 全面介助
	更衣	自立	一部介助 全面介助
意思疎通	認知症	無	有（軽度・中等度・高度）
	意志表示	できる	一部伝えられる 伝えられない
	他者の理解	できる	一部できる できない
	金銭管理	できる	できない
問題行動：		物忘れ・ぼんやりしている・被害妄想・作話・妄想・独語・感情失禁	
無・有		昼夜逆転・暴言・暴行・大声・徘徊・収集癖・介護に抵抗する・物を壊す 不潔行為・異食・異常性行動・放尿・放便	
その他			
現在処方されている薬等			

※住所の移動、介護度の変更、状態の変化等ありましたら、ご連絡ください。

入所判定に関する個人情報使用同意書

特別養護老人ホーム第3 サンシャインビラ

施設長 篠崎 哲一 様

以下に定める条件のとおり、私（ ）および代理人（ ）は、社会福祉法人福陽会第3 サンシャインビラが、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用または収集することに同意します。

1. 利用期間

入所申請日から入所または入所申請取り下げの間まで

2. 利用目的

- ① 入所に関して必要性の高い方が優先的に利用いただけるよう、当施設が定める判定基準（入所申請書）を基に、入所判定委員会にて判定を行うため。
- ② 入所申請書に記載されている内容について不備等があった場合に、申請者（代理人）または担当の介護支援専門員等に聞き取りを行うため。

3. 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、入所判定に関わる目的以外、決して利用しない。また、入所申請取り下げになった場合は、速やかに削除・廃棄するものとします。

年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

利用者は、署名が出来ない為、利用者の意思を確認のうえ、私が代行します。

署名代行者

住 所

(代理人)

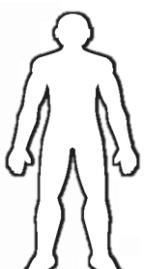
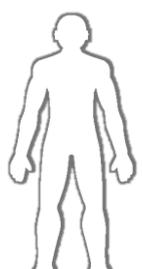
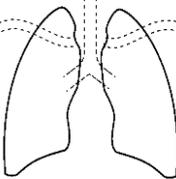
氏 名

印

診 療 情 報 提 供 書

ふりがな		男・女	明・大・昭
氏名			年 月 日生 (歳)
住所			要介護度 ()

現病名	・ (年 月 日発症) ・ (年 月 日発症) ・ (年 月 日発症) ・ (年 月 日発症) ・ (年 月 日発症)	既往歴	
	病状経過		服薬中の薬

身長: _____ cm	体重: _____ kg	心電図所見 (平成 年 月 日検査)
血圧: _____ / _____ mmHg	異常: 無・有	
麻痺 (有・無)	褥瘡 (有・無)	撮影月日 平成 年 月 日
		
		意識障害: 無・有 ()
		障害: 言語・視力・聴力・特記事項なし
		関節硬縮: 無・有 (部位)
		経口摂取: 可・不可 (経管栄養・D I V・その他)
		皮膚状態: 普通・湿疹・発疹・その他
		浮腫: 無・有 (部位)

障害老人の日常生活自立度	: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・
認知症高齢者の日常生活自立度	: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

血液検査 (検査日 年 月 日) *検査データは3ヶ月以内に実施したものを記入してください。				
TP:	Alb:	WBC:	RBC:	Hb:
Ht:	PLT:	GOT:	GPT:	γ-GTP:
BUN:	UA:	Creat:	T-CHO:	TG:
Na:	K:	CL:	FBS:	CRP (定量):
HBS (抗原 -・+) (抗体 -・)		HCV (-・+)	HbA1c (糖尿病の方のみ):	
梅毒: TPHA (-・+)		MRSA (-・+) 部位 ()	疥癬 (無・有)	
尿検査	タンパク (-・+)	糖 (-・+)	潜血 (-・+)	

年 月 日	医療機関名
医師名	