

記入年月日： 年 月 日

記入者：

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：

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：
	感染症	無	有（MRSA HBS HCV 梅毒 疥癬） 不明 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（車いす・寝たきり）
	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・PTイレ・尿器・オムツ（1日中・夜間のみ デイパント）
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
周辺症状：		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	
既往歴：			
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。

介護支援専門員意見書



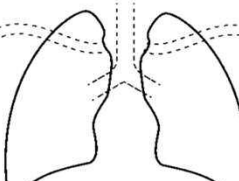
ふりがな		被保険者番号																		
入所申込者氏名																				
ケアプランについて	在宅サービス利用率	%	(直近1か月の給付限度額に対する利用割合)																	
	利用しているサービス(直近1か月の利用状況)																			
	サービス名	利用回数等																		
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など																			
ご本人の状況	1 身体の状態について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)																			
	2 痴呆等について(介護や見守りを要する痴呆の状況)																			
	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)																			
	4 その他																			
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																			

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> その他(
事業所区分	指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他(
事業所名			連絡先電話	-	-															

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)	既 往 歴	
	・	(年 月 日発症)		
	・	(年 月 日発症)		
	・	(年 月 日発症)		
	・	(年 月 日発症)		
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
所見 (有・無)				関節硬縮: 無・有(部位)
				経口摂取: 可・不可(経管栄養・DIV・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・C1・C2
痴呆性老人の日常生活自立度	: 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 一・+) (抗体 一・+)		HCV(一・+)	HbA1c(糖尿病の方のみ):	
梅毒: TPHA(一・+)	MRSA(一・+)	部位()	疥癬(無・有)	
尿検査	タンパク(一・+)	糖(一・+)	潜血(一・+)	

令和 年 月 日	医療機関名
	医 師 名 印