

フリガナ 名前		男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日 歳
現住所	〒		Tel
連絡先	〒 氏名		Tel 様 本人との関係
介護度	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 認定期間 平成 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
食事	自立 一部介助 全介助 箸 スプーン 自助具 その他（ ）		
	主食 常食・二炊・全粥・分粥）・ミキサー・その他〔 〕		
	副食 普通・軟菜・一口大・普通菜刻み・軟菜刻み・ミキサー・その他〔 〕		
	食 1200 1400 1600 () kcal.		
	塩分 ㍉ 蛋白 ㍉ その他		
嚥下	良 ・ 注意必要（状態： ） ・ とろみ使用		
排泄	日中 トイレ・ポータブル・オムツ・バルーン		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	夜間 トイレ・ポータブル・オムツ・バルーン		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	※トイレ、ポータブルの場合・・・パンツ ・ リハパン		尿取り（ 使用 ・ 未使用 ）
	尿意（ 有 ・ 無 ） 便意（ 有 ・ 無 ）		
	留意点等		
洗面	自立 一部介助 全介助		
	洗面所		ホットタオル
口腔	自立 一部介助 全介助 義歯（ 無 ・ 全 ・ 部分 ）		
入浴	自立 一部介助 全介助		
	一般浴 シャワー浴		機械浴
移動	自立歩行 杖歩行 シルバーカー 歩行器 車椅子 その他（ ）		
	自立 一部（近位）介助		全介助
移乗	自立 一部介助 全介助（一人 二人 三人以上）		
	介助方法、留意点等		
睡眠	良好 ・ 不良（ ）	眠剤	無・有（服薬時刻）
不穏	無・有（徘徊・暴言・暴力・不潔行為・昼夜逆転・声出し・その他〔 〕）		
認知症	無 ・ 有（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）		
麻痺	なし 四肢麻痺 片麻痺（左・右） 単麻痺（部位： ）		
聴覚	問題なし ・ 有（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）		
	全く聞こえない ・ ほとんど聞こえない ・ 近づけば聞こえる ・ 補聴器		
視覚	問題なし ・ 有（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）		
	全く見えない ・ 目の前であれば見える ・ その他（ ）		
更衣	自立 一部介助 全介助		
問題点			
その他			

ADLアセスメント表

調査日 令和 年 月 日

にて

調査員

先方対応者

様 職種

ケアホーム ロイヤル神埼

