身体状況・日常生活動作　確認票

ご入居希望者名：

現在いらっしゃる場所		介護度	要介護　１・２・３・４・５			
身体状況 ADL	視　力	1 普通	2 やや悪い	3 人や物の動きがわかる		4 全く見えない
	聴　力	1 普通	2 大声なら聞こえる	3 耳元で大声なら聞こえる		4 全く聞こえない
	言　語	1 普通	2 聞き取りにくい	3 聞き取れない		4 全く話せない
	食　事	1 自立	2 ｽﾌﾟｰﾝ等使用し自立	3 一部介助		4 全面介助
	歩　行	1 自立	2 杖・手摺り等使用	3 要介護	4 這う	5 全面介助
	義　歯	1 無	2 有（ア　全部　イ一部　ウ　有るが使用せず）			
	着脱衣	1 自立	2 指示すれば可	3 ﾎﾞﾀﾝなど一部介助	4 ほとんど着せる	5 全面介助
	排　泄	1 自立	2 便器まで介助	3 自立でﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ利用	4 便器介助	5 おむつ使用
	入　浴	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	記憶見当識の障害	1 名前（可　不可）　2 生年月日（可　不可）　3今日の日付（可　不可）4年齢（可　不可）　5家族の名前（可　不可） 6 現住所（可　不可				
	その他の症状	1 不安　2 あせり　3 興奮　4 幻覚　5 妄想　6 生活意欲の低下・無意 7 その他（　　）				
ADLに関して	上記以外で付け加えることがあれば記入					
問題行動	有　無　　有の場合下記に記入してください。					
現病・既往歴			服薬等（現在内服されている薬）			
主治医	氏名 病院名					
生活状況	出身地 職歴（主な） 趣味 現在の様子（いつからそのような状態になったか）					
身体障害者手帳　　種　　級						

家　庭　状　況					
申込者					
身元引受人	氏名 住所			続柄	電話
家族構成	氏名	性別	年齢	続柄	住所
入所希望理由					
家族について介護ができない理由、家族について補足することがある場合記入					
費用支払	年金　有・無　（　　）年金　その他（　　）				
入居判定					