

日常生活動作（ADL）調査票

フリガナ			記入日		
氏名			記入者		
			関係		
	身長：	cm	体重：	kg	
服薬	自己管理・他者管理（家族・病院・施設）				
	今後 / 自己管理・他者管理（看護師）				
麻痺	有・無	左	半身	上肢	下肢
		右	半身	上肢	下肢
褥瘡	有・無	有の場合 部位等			
立位	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
座位	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
歩行	室内	自立・見守り・一部介助・全介助 備考			
	室外	自立・見守り・一部介助・全介助 備考			
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
移動	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
	主食	米飯・全粥・五分粥・ミキサー その他（ ）			
	副食	常食・一口大・ミキサー・その他（ ）			
	アレルギー	有・無（ ）			
	禁食	有・無（ ）			
	好き（ ） 嫌い（ ）	はし・スプーン・フォーク			
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		尿意 / あり・なし	便意 / あり・なし	
	尿	回/日	便	回/日	
	昼 / トイレ・ポータブル・パッド・リハビリ・オムツ				
	夜 / トイレ・ポータブル・パッド・リハビリ・オムツ				
	備考				
着脱	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
洗顔・洗髪	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
口腔	自歯・一部入歯（上・下）・総入歯 備考				
	口腔ケア・歯磨き / 自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
視覚	正常・少々難・大きく難 / 眼鏡（有・無） / 白内障・緑内障 備考				
聴力	正常・少々難・大きく難 / 補聴器（有・無）				
	備考				
精神	認知症（無・軽い・年相応・重）				
	問題行動（有・無）				
	〔徘徊・幻覚・妄想・攻撃的行為・昼夜逆転・その他（ ）〕				
コミュニケーション	正常・少々難・難・大きく難				
	備考				
医療処置					
既往歴					
特記	本人・家族の希望：				
その他					

健康診断書

有料老人ホームへの入居に伴い健康診断をお願い致します。

フリガナ		明 大 昭		歳	
氏名		男・女	年	月	日生
病歴	<診断名> <現在の治療状況>				
治療内容	<既往歴>				
身長		体重		血液型	
cm		kg		型	
				～ mmHg	
検査結果（3ヶ月以内） 結果データ添付の場合は未記入でも構いません。					
尿検査	糖		血液検査	γ-GTP	IU/l
	蛋白			総コレステロール	mg/dl
血液検査	尿素窒素	mg/dl		中性脂肪	mg/dl
	クレアチニン	mg/dl		白血球数	千/mm ³
	尿酸	mg/dl		赤血球数	万/mm ³
	Na	mEq/l		血色素量	g/dl
	K	mEq/l		ヘマトクリット	%
	Cl	mEq/l		血小板数	万/mm ³
	アルブミン	g/dl		総蛋白	g/dl
	AST (GOT)	IU/l		血糖	mg/dl
	ALT (GPT)	IU/l		HbA _{1c}	%
	心電図所見			胸部エックス線撮影	
1. 異常あり			1. 異常なし		
2. 異常なし			2. 要観察		
(留意事項)			3. 要加療		
			上記2.3の場合 (疾患名・留意事項)		
			撮影年月日 年 月 日		
現処方					
薬剤アレルギー（有・無） 有の場合、薬剤名（ ）					

※裏面もございます。

感 染 症	結核性疾患	有 無	肝炎	HBs抗原 (- ・ +)
	梅毒	TPHA (- ・ +)		HCV抗体 (- ・ +)
	MRSA	鼻腔 (- ・ + ・ ++ ・ +++) 鼻腔以外での既往 (- ・ + ・ ++ ・ +++)		
	疥癬	(- ・ + ・ 既往あり)		
	皮膚疾患	有 無	※褥瘡 (部位) ※湿布 (部位)	
その他 感染症疾患の有無 (- ・ +) (+) の場合その疾患 ()				

※以下に関しては、おわかりになる範囲でご記入ください。(ADL表添付の場合は未記入でも結構です)

認知症の程度	無 ・ 軽度 ・ 中程度 ・ 重度 (長谷川式 点)				
問題行動	徘徊 (有 ・ 無)		不潔行為 (有 ・ 無)		
身体判定	<input type="checkbox"/> ランクJ	<input type="checkbox"/> ランクA	<input type="checkbox"/> ランクB	<input type="checkbox"/> ランクC	
認知症判定	<input type="checkbox"/> ランクI	<input type="checkbox"/> ランクII	<input type="checkbox"/> ランクIII	<input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM	
日常活動能力			基本動作能力		
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	形態 (普・キザミ・ミキサー・粥)		起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	アレルギー ()		座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
更 衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		屋内歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
言語障害	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無	屋外歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
聴力障害	有 ・ 無	意思疎通	可 ・ 困難		
有料老人ホームへのご希望					
現在の状況 (在宅療養中・施設入所中および入院中) (入院日 年 月 日)					
診断の結果、本書のとおり相違ないことを証明します。					
ご住所：					
TEL/FAX：					
医療機関名：					
医師名： 印 記載日 年 月 日記載					
※本診断書は3ヶ月以内の診察結果をもとに記載してください。					

ご協力ありがとうございました。