

対象者ADL等状況票

(フリガナ トヨナカ タロウ)

対象者氏名 豊中 太郎

記載日 平成 25年 6月 1日

被保険者番号	1	0	0	0	X	X	X	X	X	X
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

項目	ADLの状況	特記事項
麻痺等の有無	1.ない 2.左腕 3.右腕 4.左足 5.右足 6.その他	脳梗塞後遺症にて片麻痺有り
関節可動制限域	1.ない 2.肩 3.肘 4.股 5.膝 6.足 7.その他	右側に可動域制限有り
動作	1.立ち座り(自分・介助) 2.座り(自分・介助) 3.全く起き上がれない	自分でつかまれば可
歩行	1.自立 2.つかまれば(杖・歩行器・手すり) 3.一部介助 4.不可	歩行はゆっくりと
入浴	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助	週一回訪問入浴(木曜日)
排泄 昼間 夜間	1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おつ 4.全面介助 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おつ 4.全面介助	
食事	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 (内容 1.普通食 2.粥食 3.きざみ食 4.流動食 5.経管栄養)	
整容(更衣・洗面等)	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助	
家事全般	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助	
言語	1.日常会話で不自由はない 2.少し話せる 3.単語程度しか話せない 4.話せない	脳梗塞後遺症：発語障害有り
聴力	1.普通 2.大体聴こえる 3.大きな声なら聞こえる 4.耳元なら聞こえる 5.聞こえない	
視力	1.普通 2.1mで見える 3.目の前で見える 4.見えない 5.不明	
睡眠	1.よく眠れる 2.普通 3.眠れない 睡眠剤(有り)無し	
褥瘡	1.あり(部位) 2.なし	
障害高齢者日常生活自立度	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
認知症高齢者日常生活自立度	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

サービス提供上の留意点

両下肢の筋力低下有り、歩行時にふらつきがある(見守り必要)

服薬確認も必要

今回の状況票の送付・情報の提示に際しましては、
要介護者等より情報提供同意書への同意をもって
提供させていただいております。つきましては、情報
の取扱いに十分なご配慮をお願い致します。

依頼日	25年6月1日
事業所	〇〇介護支援センター
事業所番号	2 7 7 X X X X X X X
担当	●●● ●●
電話	06-6△△△-△△△△
FAX	06-6△△△-△△△△