


様		記入日		記入者		
		20	年	月	日	()
T	S	年	月	日	才	調査地
保険情報	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
	介護度	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区変中				
		<input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5				
	限度額認定証	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階-1 <input type="checkbox"/> 3段階-2 <input type="checkbox"/> 4段階				
医療保険	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険					
身体状況	体形	身長 (cm) 体重 (kg)				
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 右(上・下) <input type="checkbox"/> 左(上・下) <input type="checkbox"/> その他：				
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：				
	視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 眼鏡				
	聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 補聴器				
	言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難				
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用できる <input type="checkbox"/> 使用できない				
基本動作	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子： <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助				
		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器(タイプ：				
	立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可				
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期・様子：					
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助具：				
	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食				
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ー <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト食				
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせなし <input type="checkbox"/> むせあり(トロミ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	治療食	<input type="checkbox"/> カロリー制限(kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限(g)				
	禁止食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：				
	食欲	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ムラあり				
入浴	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 拒否あり：				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> その他				

エスパワー越谷 ADL調査票 < NO2 >

排泄	尿便意	<input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 尿意なし <input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 便意なし <input type="checkbox"/> 便秘：		
	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 定時誘導 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他：		
		<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット：		
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 定時誘導 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他：		
<input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット：				
精神状態	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		
	周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 大声等 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言		
		<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 収集行為 <input type="checkbox"/> 幻視		
	一番困っている事			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不良：		
		<input type="checkbox"/> 眠剤使用：		
危険行為	<input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> ベッド4点柵 <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト			
	<input type="checkbox"/> その他注意事項：			
医療情報	かかりつけ医	HP	先生	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> Ba留置 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 透析			
	現・既往歴			
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> （ ）型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他：		
	新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/> 2回目接種終了（ / ） <input type="checkbox"/> 未接種		
	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：お薬手帳や薬情コピー		
<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 屯用 <input type="checkbox"/> 食前：				
<input type="checkbox"/> その他：				