

日常生活動作状況について

記入日 年 月 日

利用者名

様 (□男 □女)

歳

記入者名

続柄又は職種 ()

基本動作	寝返り	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	起き上がり	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	座位保持	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	立ち上がり	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	立位保持	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	移乗動作	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	移動手段	□歩行【□独歩 □杖 □シルバーカー □歩行器 □その他 ()】 □車椅子 □リクライニング車椅子 □ストレッチャー			
排泄	尿意	□あり □なし (常時失禁 時々失禁 トイレに間に合わない)			
	便意	□あり □なし	排便	□毎日 □ 回 / 日	□下剤使用
	昼間	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
		□トイレ □Pトイレ □尿器 □オムツ □バルン □ストマ □布パンツ □リハビリパンツ □パット □テープ止めオムツ			
	夜間	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
		□トイレ □Pトイレ □尿器 □オムツ □バルン □ストマ □布パンツ □リハビリパンツ □パット □テープ止めオムツ			
入浴	種類	□一般浴 □機械浴 (坐浴) □機械浴 (寝浴) □シャワー浴 □清拭のみ			
	浴室内移動	□自立 □見守り □手引き □シャワーチェア			
	洗体	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	洗髪	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
更衣	上衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	下衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
整容	洗顔	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	歯磨き	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
食事・栄養	食事介助	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助 □エプロン使用			
	主食	□米飯 □全粥 □ミキサー粥 □その他 ()			
	副食	□常食 □一口きざみ食 □超きざみ食 □ミキサー食 □その他 ()			
	嚥下	□むせない □まれにむせる □時々むせる □よくむせる			
	トロミ使用	□なし □あり (薄い 普通 濃い)			
	義歯	□自歯 □歯茎のみ □総義歯 (上;下) □部分義歯 (上;下) □合わない為使用せず			
	食物アレルギー	□なし □あり (食品名)	摂取方法	□経口 □胃ろう □その他	
	食事制限	□糖尿病食 () kcal □塩分制限 () g □その他 ()			
	食事姿勢	□椅子 (車いす) □車いすリクライニング () 度 □ベッド上 () 度			
	自助具	□なし □あり (具体的に)			
	所要時間	□10分以内 □30分以内 □60分以内 □60分以上			
	食事の様子	□なかなか飲み込めない □眠ってしまう □疲れてしまう □手づかみ □口から食べ物がこぼれる □集中できない □のどに引っかかる感じがする □食事量が減っている □水分量が減っている			
	身長	cm	体重	kg	測定日 年 月 日

心身の状態	ナースコールの使用	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能	離床センサー使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	身体拘束	<input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 拘束帯 <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト			
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能 (具体的に)			
	理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その場は理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない			
	HDS-R	/ 点 (実施日 年 月 日)			
	言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	判断能力	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 指示が必要 <input type="checkbox"/> できない	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい (右;左) <input type="checkbox"/> 見えない (右;左) <input type="checkbox"/> 眼鏡 (有;無)			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞えにくい (右;左) <input type="checkbox"/> 聞えない (右;左) <input type="checkbox"/> 補聴器 (有;無)			
	精神状況	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒食			
	症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ (場所 人の類 日時 最近のこと 昔のこと ほとんど忘れてい) <input type="checkbox"/> 徘徊 (日中 夜間 昼夜問わず) <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他 ()			
他者との交流	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 苦手 <input type="checkbox"/> 出来ない ()				
医療状況	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名 処置)			
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	他の皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名 処置)			
	睡眠時間	時から 時まで 約 時間 (良眠 ; 不眠 ; 時々不眠)			
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 施設にて管理 <input type="checkbox"/> 具体的に ()			
	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名)			
	点眼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	外用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	インスリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名 いつ 単位数)			
受診状況	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他 (科) 病院名 ()				
	<input type="checkbox"/> 回 / 週 <input type="checkbox"/> 回 / 月 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 特になし				
嗜好品	<input type="checkbox"/> 飲酒 (有 ; 無) <input type="checkbox"/> 喫煙 (有 ; 無)				
その他注意点	具体的に				
リハビリ	実施の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (実施頻度 回 / 日 : 週)			
	実施内容	具体的に			
	在宅復帰の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (必要動作等)			
	目標 ; 希望など				
転倒リスク	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 要見守り 最終転倒日 年 月 日			
	転倒防止策	具体的に			
	転落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 要見守り 最終転落日 年 月 日			
	転落防止策	具体的に			
認知症高齢者自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M				
障がい高齢者自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
(備考欄)					