

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 ほとんど忘れていいる) <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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | | |
| 障がい高齢者自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | | |
| (備考欄) | | | | |