

## 日常生活動作調査票

記入日: 年 月 日

記入者:

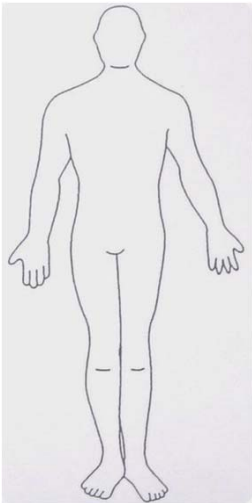
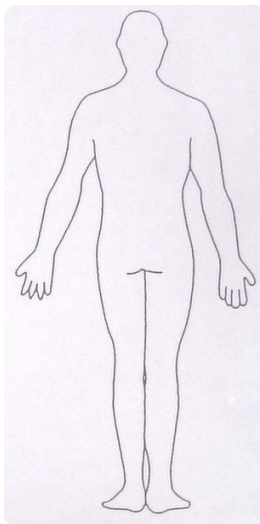
(職種: )

氏名		性別	男・女	生年月日	( )
----	--	----	-----	------	-----

## 【家族の状況】

家族構成	主介護者
------	------

## 【健康状態】

現病名			
既往歴			
現在の受診状況	なし	あり (診療科: )	
服薬管理	できない	できる ( )	
目薬	なし	あり (種類: )	
医療的処置	褥瘡	なし・あり(処置: )	インスリン なし・あり
身体状況	 <p>○皮膚の状態 (傷やかゆみなど)</p>	 <p>身長 cm 体重 kg</p>	
視力	普通	見えにくい	見えない
聴力	普通	聞こえにくい	補聴器 (あり・なし)
発語	普通	やや不自由	不自由 (代替: )
理解力	普通	その場では可	難しい その他( )
麻痺	なし	あり(部位: )	
拘縮	なし	あり(部位: )	
褥瘡	なし	あり(部位: )	

## 【 移動(室内) 】

移動方法	独歩	伝い歩き	杖	4点杖	ピックアップウォーカー	歩行器	車椅子	その他( )
介助方法	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行なわず		

## 【移動(トイレへの移動)】

移動方法	独歩	伝い歩き	杖	4点杖	ピックアップウォーカー	歩行器	車椅子	その他( )
介助方法	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行なわず		

## 【 寝返り 】

介助方法	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	その他( )
------	----	-----	------	------	-----	--------

## 【起き上がり動作】

介助方法	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	その他( )
------	----	-----	------	------	-----	--------

## 【立ち上がり動作】

介助方法	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	その他( )
------	----	-----	------	------	-----	--------

## 【 移乗動作 】

介助方法	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	その他( )
------	----	-----	------	------	-----	--------

## 【 リハビリ内容 】

--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 【 食 事 】

食 事 形 態	主 食	常食	軟飯	全粥	ペースト	ミキサー		
	副 食	常食	一口大	刻み	ペースト	ミキサー	その他( )	
	経管栄養	鼻腔	胃瘻	内容、量( )				
禁 食	なし	あり	( )					
アレルギー	なし	あり	( )					
食事量	主 食:	割	副 食:	割	栄養補助食品:	なし	あり( )	
食事介助	なし	あり	(方法: )		エプロン	なし	あり	
咀嚼・嚥下困難	なし	あり	( )					
義 歯	なし	あり	総入れ歯(上 下 )		部分入れ歯(上 下 )			
自 助 食 器	なし	あり	( )					
口 腔 ケ ア	なし	あり	( )					

## 【 排 泄 】

日 中	排 泄 方 法	トイレ	PTイレ	オムツ	尿器	バルーン	ストマ	その他( )
	介 助	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助		
	尿 意	なし	あり	( )				
	便 意	なし	あり	( )				
	特 記							
夜 間	排 泄 方 法	トイレ	PTイレ	オムツ	尿器	ストマ	その他( )	
	介 助	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助		
	尿 意	なし	あり	( )				
	便 意	なし	あり	( )				
	特 記							
排便コントロール	なし	あり	( 対応方法: )					

## 【 入 浴 】

入浴方法	一般浴	その他 ( )			
介助	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助

## 【 更 衣 】

上衣	介 助	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助
下衣	介 助	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助

## 【 夜間の様子 】

睡 眠	良眠	不眠(服薬 有 無 ) (内容: )
寝 具	布団	ベッド
特記		

## 【 精神状況 】

物忘れ	なし	あり( )
異食	なし	あり( )
徘徊	なし	あり( )
不潔行為	なし	あり( )
放尿	なし	あり( )
作話	なし	あり( )
妄想	なし	あり( )
収集癖	なし	あり( )
幻視	なし	あり( )
幻聴	なし	あり( )
暴言	なし	あり( )
暴行	なし	あり( )

特記	センサー等の使用	なし ・ あり ( フット ・ 離床 ・ その他( ) )
	抑制等の対応	なし ・ あり (体幹ベルト ・ 車いすベルト ・ 4点柵 その他( ) )
	ナースコールの使用	できる ・ できない その他( )
	転倒歴	なし ・ あり 転倒歴ありの場合:転倒発生時の時間帯、状況など記載ください。

## 【 その他 】

介護上の注意点など	
-----------	--