

## 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>		身長 cm 体重 kg
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	Pトイレ	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	Pトイレ	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	<p>センサー等の使用 なし・あり ( フット・離床・その他( ) )</p> <p>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( ) )</p> <p>ナースコールの使用 できる・できない その他( )</p> <p>転倒歴 なし・あり</p> <p>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。</p>	

## 【 その他 】

介護上の注意点など	
-----------	--