

日常生活動作調査票

ご利用者様の日常生活動作についてご記入下さい。

記入日 平成 年 月 日

利用者様氏名 _____ 様

病院・施設名 _____ ご記入者 _____ 様 / 続柄 _____

食事	自立・見守り・一部介助・全介助（箸・スプーン・自助具） 《主食》 常食 ・ 粥食 ・ 流動食 ・ ミキサー 《副食》 普通 ・ 一口大きざみ ・ 荒きざみ ・ 超きざみ ・ ミキサー ・ 食欲（無・有（ 割 割 割 割 ）） ・ アレルギー（無・有（ ）） ・ 好き嫌い（好き（ ），嫌い（ ）） ・ むせ込み（無・時々・有（トロミの必要性 有・無）） ・ 水分摂取状況（良好・不良） ・ カロリー制限（ Kcal ） ・ 塩分制限（ g ） ・ その他の制限（ ）
排泄	【日中】 自立・見守り・一部介助・全介助 （尿とりパット・リハビリパンツ・オムツ） <排泄方法> トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・バルーンカテーテル・ストマ <どのような介助が必要ですか> _____ <hr/> 【夜間】 自立・見守り・一部介助・全介助 （尿とりパット・リハビリパンツ・オムツ） トイレ覚醒（ 回位 ） <排泄方法> トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・バルーンカテーテル・ストマ <どのような介助が必要ですか> _____ <hr/> 尿失禁（有・時々・無） 便失禁（有・時々・無） 尿意（有・無） 便意（有・無） 尿意間隔（5分・10分・15分・30分・45分・1時間・1時間30分・2時間・その他）
移動	独歩・杖・歩行器・つたい歩き・車椅子（普通型（自操 可・不可）・リクライニング型） 歩行状態はどうか（安定している・時々ふらつく・不安定） 転倒はありますか（ 回位/1週間 ） 移乗 （自立・見守り・一部介助・全介助） （安定している・不安定である） 立ち上がり （出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない） （安定している・不安定である） 立位保持 （出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない） （安定している・不安定である） 座位保持 （出来る・支えてもらえば出来る・出来ない） 起き上がり （出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない） 寝返り （出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない） （体位交換 必要・不要）
入浴	自立・一部介助・全介助（一般浴・中間浴・機械浴・シャワー浴） 入浴拒否（有・時々・無）
更衣	自立・声かけ（見守り）・一部介助・全介助
口腔清潔	自立・声かけ（見守り）・一部介助・全介助 義歯（無・有【総義歯・部分義歯】）
視力	普通・あまりよく見えない・見えない（眼鏡の使用 有・無）
聴力	普通・大きな声なら何とか聞き取れる・ほとんど聞こえない（補聴器の使用 有・無）
麻痺	無・有（部位 _____ ）
拘縮	無・有（部位 _____ ）
床ずれ	無・有（部位 _____ ）状態・大きさ（ _____ ） 症状（ _____ ）処置内容（ _____ ）
皮膚疾患	無・有（部位 _____ ） 症状（ _____ ）処置内容（ _____ ）

言語 言語障害	普通・聞き取りにくい・聞き取れない 無・有（失語症・構音障害・その他（ ））
認知症	<p>《認知症》 無・有（痴呆性老人の日常生活自立度 ・ ・ a・ b・ ・ a・ b・ ・ ）</p> <p>《他者への伝達》 出来る・時々出来る・出来ない ・コールボタンを押すことは出来ますか？（出来る・出来ない） 出来ない場合はどのように職員を呼びますか？（ ）</p> <p>《理解について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分の名前を答える 出来る ・ 出来ない ・生年月日や年齢を答える 出来る ・ 出来ない ・自分の場所を答える 出来る ・ 出来ない ・直前に何をしていたか答える 出来る ・ 出来ない <p>《行動について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ひどい物忘れ ない ・ 時々ある ・ ある ・現実に無い事を周囲に言いふらす ない ・ 時々ある ・ ある ・独り言をいう ない ・ 時々ある ・ ある ・実際にはないものが見えたり聞こえたりする ない ・ 時々ある ・ ある ・感情が不安定になる ない ・ 時々ある ・ ある ・夜間不眠や昼夜逆転がある ない ・ 時々ある ・ ある ・大声を出す ない ・ 時々ある ・ ある どんな時に大声を出しますか（ ） ・暴力をふるう ない ・ 時々ある ・ ある どんな時に暴力をふるいますか（ ） ・他者に乱暴な言葉を使う ない ・ 時々ある ・ ある ・目的もなく動き回る ない ・ 時々ある ・ ある ・物を集めたり無断で持ってくる ない ・ 時々ある ・ ある ・不潔な行為をする ない ・ 時々ある ・ ある ・介護拒否がある ない ・ 時々ある ・ ある どんな時に拒否をしますか（ ） ・食べれないものを口に入れる ない ・ 時々ある ・ ある ・自宅に帰りたがる ない ・ 時々ある ・ ある ・身体を拘束しなければいけないことはありますか ない ・ 時々ある ・ ある どんな時ですか（ ）

《既往歴》	《服薬名》
-------	-------

《備考》その他何かございましたらご記入下さい。