

# 日常生活動作表

氏名

様

記入日

年

月

日

記入者

( )

日常生活動作 当てはまるものに□をしてください。			備考欄
移動	屋内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子	
	屋外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子	
	その他	<input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 転倒歴(頻度 回)	
		<input type="checkbox"/> 麻痺( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足) <input type="checkbox"/> 装具 ベットは( <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側)から起き上がる	
		※車椅子の方 <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 立ち上がり危険行為 <input type="checkbox"/> 抑制 <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時)	
動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 誘導( <input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 訴え時) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> 失禁	
	形態	<input type="checkbox"/> 日中( <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙おむつ)	
		<input type="checkbox"/> 夜間( <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙おむつ)	
	用具	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ対応	
	回数	<input type="checkbox"/> 排尿 (日中 回 夜間 回)	
		<input type="checkbox"/> 排便 ( <input type="checkbox"/> 規則的 回、 <input type="checkbox"/> 不規則)	
		<input type="checkbox"/> 下剤使用	
その他	トイレの場所( <input type="checkbox"/> 分かる <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> 不明)		
	<input type="checkbox"/> オムツはずし <input type="checkbox"/> 不潔行為		
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門		
食事	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	摂取量	主食 割 副菜 割	
	形態	主食( <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他: )	
		副菜( <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他: )	
		<input type="checkbox"/> 胃ろう(1回 mLを1日 回)	
		<input type="checkbox"/> むせ込み <input type="checkbox"/> とろみ	
	器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> その他	
	制限	<input type="checkbox"/> アレルギーまたは禁忌(食品名: )	
		<input type="checkbox"/> 特別食(塩分 g <input type="checkbox"/> 糖尿病 kcal)	
		<input type="checkbox"/> 水分制限(1日 mL) <input type="checkbox"/> その他( )	
その他	<input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> エプロン使用		
	<input type="checkbox"/> 入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総入れ歯)		

入浴	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 清拭	
	その他	<input type="checkbox"/> 拒否( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時)	
更衣	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	その他	※自分でできるものに <input type="checkbox"/> をしてください ( <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> ひげそり)	
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その場合は可能 <input type="checkbox"/> 何らかの介助が <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ナースコールの理解( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> その他( )	
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→ <input type="checkbox"/> 難聴( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方) <input type="checkbox"/> 補聴器	
	視力障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 全盲) <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 手術歴 <input type="checkbox"/> 点眼	
認知症	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)	
		※当てはまるもの全てに <input type="checkbox"/> をしてください	
		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 放尿・放便 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他:	
	身体抑制	<input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> つなぎ服 <input type="checkbox"/> センサー)	
	頻繁な訴え	<input type="checkbox"/> 内容( )	
<input type="checkbox"/> 時間帯( )			
<input type="checkbox"/> 対応方法( )			
睡眠	状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠	
	眠剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 不眠時 <input type="checkbox"/> 毎晩)	
	エアマット	<input type="checkbox"/> 使用	
	その他	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> 低床ベット	
		<input type="checkbox"/> 入眠時見守り対象	
皮膚	状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( ) <input type="checkbox"/> 塗布薬( )	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) <input type="checkbox"/> 塗布薬( )	
管理	物品	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	金銭	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	服薬	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
嗜好品	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 本)	
	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 )	
面会(ご家族)		<input type="checkbox"/> 頻繁(いつでも可能) <input type="checkbox"/> 時々(週 回または月 回)	
		<input type="checkbox"/> ほとんど来られない ( )ヶ月に1回くらい	
その他に介護・看護面で必要なことがあれば記入してください			