

# 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	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
		□独歩 □介助歩行 □杖 □歩行器 □シルバーカー □車椅子	
	屋外	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
		□独歩 □介助歩行 □杖 □歩行器 □シルバーカー □車椅子	
	その他	□ふらつき □転倒歴(頻度 回)	
		□麻痺(□無 □有 □右手 □左手 □右足 □左足) □装具	
		ベットは(□右側 □左側)から起き上がる	
		※車椅子の方	
		□自操 □自己所有	
動作	□リクライニング	□立ち上がり危険行為	
	□抑制	□以前していた □時々 □常時)	
	寝返り	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
	起き上がり	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
	座位	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
排泄	立ち上がり	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
	移乗	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
	動作	□自立 □声掛け □誘導(□定時 □訴え時) □一部介助 □全介助	
		□尿意 □便意 □失禁	
	形態	□日中(□布パンツ □リハビリパンツ □パット □紙おむつ)	
		□夜間(□布パンツ □リハビリパンツ □パット □紙おむつ)	
	用具	□トイレ □ポータブルトイレ □尿器 □おむつ対応	
	回数	□排尿 (日中 回 夜間 回)	
		□排便 (□規則的 回、 □不規則)	
		□下剤使用	
	その他	トイレの場所(□分かる □分からない □不明)	
		□オムツはずし □不潔行為	
		□バルーンカテーテル □人工肛門	
食事	動作	□自立 □見守り □声掛け □一部介助 □全介助	
	摂取量	主食 割 副菜 割	
	形態	主食(□米飯 □粥 □ペースト □その他: )	
		副菜(□常菜 □一口大 □キザミ □ペースト □その他: )	
		□胃ろう(1回 mlを1日 回)	
		□むせ込み □とろみ	
	器具	□箸 □スプーン □フォーク □自助食器 □その他	
	制限	□アレルギーまたは禁忌(食品名: )	
		□特別食(塩分 g □糖尿病 kcal)	
		□水分制限(1日 ml) □その他( )	
	その他	□食べこぼし □エプロン使用	
		□入れ歯 (□部分 □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(□時々 □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□をしてください (□洗顔 □歯磨き □義歯の手入れ □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(□無 □有)	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→□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→□難聴(□右 □左 □両方) <input type="checkbox"/> 補聴器	
	視力障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害有→(□右 □左 □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(□軽度 □中度 □重度)	
		※当てはまるもの全てに□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"/> 記銘力低下	
		<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)	
睡眠	頻繁な訴え	<input type="checkbox"/> 内容( )	
		<input type="checkbox"/> 時間帯( )	
		<input type="checkbox"/> 対応方法( )	
	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(□不眠時 □毎晩)	
皮膚	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	
嗜好品	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	
面会(ご家族)	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 )	
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		<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	