

日常生活動作確認票

様

記入日:平成 年 月 日

記入者:

【 特記事項 】

ADL	移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(特記記入)	
		転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【 頻度、骨折歴、最近の転倒状況等: 】		
		立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【部位: 】	
	排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ	<input type="checkbox"/> 夜だけポータブル (<input type="checkbox"/> 介助要)	<input type="checkbox"/> いつもポータブル (<input type="checkbox"/> 介助要)	
			<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ	<input type="checkbox"/> 尿器 (<input type="checkbox"/> 介助要)	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> バルーン	
		尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし (排便: 日に1回)	
	入更浴衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 個別浴 <input type="checkbox"/> その他()		
食事・口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない		
	咽込	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	水分ロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 (kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限 (g) <input type="checkbox"/> その他 ()			
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他 ()			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 日によってムラ有り				
	使用器具		アレルギーや嗜好など			
義歯	<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総義歯】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず	残歯	<input type="checkbox"/> あり (約 本) <input type="checkbox"/> なし			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ)					
身体状況等	基礎情報	身長 cm 体重 kg (月 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ヶ月で kg減)		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	麻痺の程度			
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)	<input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)	<input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (<input type="checkbox"/> 眠剤使用)		
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> 出来ない	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない		
	言葉の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> 出来ない	(理解)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	日常生活自立度	障害自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	医療処置	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 透析 (回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管切開)	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 点滴管理	<input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		
IADL	買物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	献立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	ごみ出し	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	調理及び片付け	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	火気管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	外出	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
交流会	住環境	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()				
	社会参加	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
生活歴等	対人交流	<input type="checkbox"/> あり				
	※一日の過ごし方や一週間の過ごし方、本人様の性格、趣味などを出来るだけ詳しくご記入ください。					