

# 日常生活動作について-

記入日 平成 年 月 日

フリカナ			男	年齢	身長	体重	介護度	申請中・区分変更申請中								
氏名	様	女	歳	cm	kg	支援	1	2	介護	1	2	3	4	5		
			寝たきり度					認知度								
			J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	a		b		M	
移動	移動方法	独歩 つたい歩き 杖 シルバーカー 歩行器 ふらつき ( あり なし ) 車椅子 ( 自操可 不可 ) リクライニング 安全(抑制)ベルト ( あり なし )														
	寝返り	できる 何かにつかまれば可 できない														
	起き上がり	できる 何かにつかまれば可 できない														
	立ち上がり	できる 何かにつかまれば可 できない														
	座位保持	背もたれなくて可 何かにつかまれば可 背もたれ肘掛あれば可 ( 長時間 短時間 _____ 時間 ) 不可														
	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助														
排泄	日中	自立 ( トイレ ポータブル 尿器 ) トイレ誘導 ( 定時 コール対応 ) ポータブルトイレ介助 ベッド上交換 カテーテル ストマー オムツ不使用 尿取りパット リハビリパンツ 紙オムツ														
		夜間	自立 ( トイレ ポータブル 尿器 ) トイレ誘導 ( 定時 コール対応 ) ポータブルトイレ介助 ベッド上交換 カテーテル ストマー オムツ不使用 尿取りパット リハビリパンツ 紙オムツ													
	尿意		あり 曖昧 なし				便意		あり 曖昧 なし							
	尿意伝達	あり 曖昧 なし				便意伝達		あり 曖昧 なし								
	排尿回数	日中 _____ 回 夜間 _____ 回				排便状況		毎日 _____ 日おき								
	食事	介助方法	自立 見守り 声かけ 一部介助 全介助 経管栄養 ( ) 介助の内容など 食べこぼし ( 多 少 無 )													
		使用するもの	箸 スプーン 自助具 ( ) エプロン													
主食		米飯 5分粥 全粥 ミキサー おにぎり パン 他 ( )														
副食		常菜 一口大 キザミ ソフト食 ミキサー 他 ( )														
食欲		旺盛 10割 ( _____ ) 割 ない ムラあり 食事量の少ない方: 具体的対応策記入														
嚥下		問題なし まれにむせ込む 時々むせ込む 困難														
水分摂取		とろみ ( 要 否 ) ゼリー 吸飲み ストロー その他 ( )														
制限		無 有 ( _____ 食 / _____ 錠・塩分 _____ g・他 )														
禁忌		好き嫌い 無 有 ( ) アレルギー 無 有 ( )														
義歯		天然歯 歯茎 義歯 ( 上総入れ歯 上部分入れ歯 / 下総入れ歯 下部分入れ歯 )														
入浴	一般浴 中間浴 特別浴 シャワー浴 清拭															
	自立 見守り 一部介助 全介助 入浴拒否 ( あり なし )															
更衣	上	自立 見守り 一部介助 全介助				下	自立 見守り 一部介助 全介助									
整容	歯磨	自立 見守り 一部介助 全介助				義歯洗浄	自立 見守り 一部介助 全介助									
	洗顔	自立 介助 ( タオル清拭自立 タオル清拭介助 )														
聴力障害	なし あり ( 右耳 左耳 ) / 補聴器 ( 使用 使用せず )															
視力障害	なし あり ( 右眼 左眼 ) / 眼鏡 ( 使用 使用せず )															
言語障害	なし あり / 失語症 構音障害 その他 ( )															
日中	活動的である 座っていることが多い 横になっていることが多い															
	早朝や日中の様子など															

# 日常生活動作について-

褥 瘡	なし	あり ( 部位/大きさ/処置内容 )
皮膚疾患	なし	あり ( 部位/症状/処置内容 )
麻 痺	なし	あり ( 部位 )
拘 縮	なし	あり ( 部位 )
リハビリテーション ( 実施している 実施していない ) リハビリに対する拒否 ( あり なし ) 実施の方は内容と頻度をご記入下さい。		
施設利用中の病院受診もしくは入院の有無について (施設入所中の方のみ記入)		
診療情報提供書に記載する以外の使用薬(市販薬・点眼薬等)がありましたらご記入下さい。		
薬物アレルギーの有無  なし  あり ( )		
<b>認知症の程度</b>		ある ( 軽度  中度  重度 )  ない
理解度	ひどい物忘れが	ある  時々ある  ない
	意思の伝達が	できない  時々できる  できる
	他者の話を理解することが	できない  時々できる  できる
	ナースコールを適時に押すことが	できない  時々できる  できる
問題行動について	目的もなく動き回ることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	人の食べ物を食べてしまうことが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	食べられない物を口に入れることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	暴言が	ある  時々ある  以前見られた  ない
	暴行や暴力が	ある  時々ある  以前見られた  ない
	自分で自分を傷つけることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	大声や奇声をだすことが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	不快な音を立てることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	相手もあらず1人で話をしていることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	作話を周囲に言いふらすことが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	しつこく同じ話をすることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	実際に無い物が見えたり、聞こえたりすることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	助言や介護に抵抗することが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	物を盗まれた等と被害的になることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	家に帰る等と落ち着きがなくなることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	自分の居室がわからないことが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	いろいろな物を集めたり、無断で持っていくことが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	物や衣類を壊したり、砕いたりすることが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	不潔行為を行うことが	ある  時々ある  以前見られた  ない
	昼夜逆転が	ある  時々ある  以前見られた  ない
周囲が迷惑している性的行為が	ある  時々ある  以前見られた  ない	
上記の問題行動について具体的内容と特記事項		

【記入者】 名称/所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様 職種/続柄 \_\_\_\_\_