

日常生活動作表

利用者名： _____

①視力	<input type="checkbox"/> みえない	<input type="checkbox"/> 右目	<input type="checkbox"/> 左目	<input type="checkbox"/> 両方			
	<input type="checkbox"/> 見えにくい室内は一人で歩ける						
	<input type="checkbox"/> 人の区別ができるくらい見える						
	<input type="checkbox"/> 手仕事や読書ができる						
	<input type="checkbox"/> 良く見えている						
	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし				
②聴力	<input type="checkbox"/> 聞えない	<input type="checkbox"/> 右耳	<input type="checkbox"/> 左耳	<input type="checkbox"/> 両方			
	<input type="checkbox"/> 聞えているが何を言われているか分かっていない						
	<input type="checkbox"/> 聞えにくいと言われていることは分かっている						
	<input type="checkbox"/> よく聞こえている						
	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 使っている	<input type="checkbox"/> 使っていない				
③言語	<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
④会話	<input type="checkbox"/> 出来ない						
	<input type="checkbox"/> かろうじて意思表示や話の理解はできる						
	<input type="checkbox"/> 言葉以外の方法で会話する (_____)						
	筆談	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可				
	<input type="checkbox"/> 日常生活は十分である						
義歯	<input type="checkbox"/> ある(部位: _____)	<input type="checkbox"/> なし					
⑤皮膚疾患	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
⑥メンタル	精神症状	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> うつ病	
	認知症	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 加齢	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 高度	
	物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	被害妄想	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	夜間不眠	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	暴言	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	暴力	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	大声	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	独語	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	徘徊(日中)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	徘徊(夜間)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	失見当識(時間)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	失見当識(場所)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	失見当識(人)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	不潔行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	異食	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 判定不能		
	人付き合い	<input type="checkbox"/> 否定的	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 協調的			
	その他	<input type="checkbox"/> 攻撃的					
		<input type="checkbox"/> 自傷					
<input type="checkbox"/> 気分がむらがあり、興奮しやすい							
<input type="checkbox"/> 物を収集する							
<input type="checkbox"/> 夜間活動的になる							
<input type="checkbox"/> 介護に対して抵抗・拒否をする							
<input type="checkbox"/> おむつやリハパンの中に手を入れる							
⑦四肢機能	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	
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(部位: _____)				
⑧生活動作	移動	屋外	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 伝い歩き	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器
			<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 装具				
	寝返り	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 伝い歩き	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器
			<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 装具				
	<input type="checkbox"/> 自立(見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	ベッド使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				

利用者名：

⑧生活動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	起立動作	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	立位動作	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	トランスファー	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（ <input type="checkbox"/> 洗身 <input type="checkbox"/> 洗髪） <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴（ <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 臥位）								
⑨排泄	尿 回数 （日中 回） （夜間 回）	トイレ	<input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> 個室トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器							
		物品	（ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間） <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ							
		バルン	<input type="checkbox"/> カテーテル							
		自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 後始末のみ介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 誘導必要							
		尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
		尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	便 回数 （日中 回） （夜間 回）	トイレ	<input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> 個室トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ							
		物品	（ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間） <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ							
		人工肛門	<input type="checkbox"/> ストマ							
		自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 後始末のみ介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 誘導必要							
		便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
		便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
⑩食事	食べ物	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう							
	摂取量 主食（ 割） 副食（ 割）	摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ							
		主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥（ 全 ・ 分 ） <input type="checkbox"/> パン（ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕）							
	好きな食品 （ ） 嫌いな食品 （ ）	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 治療食（ 食 kcal ）							
		アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> その他； ）							
	食べこぼし	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし								
	むせやすさ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし								
	食事時間	（約 分）								
	飲水	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	摂取方法	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> らくのみ <input type="checkbox"/> ストロー とろみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
飲みこぼし	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし									
むせやすさ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし									
⑪その他	洗面	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	整髪	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立（見守り <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不用） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	嗜好	<input type="checkbox"/> タバコ（ 本／日） <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> アルコール（ /日） <input type="checkbox"/> 飲まない								
⑫定期受診 (服薬)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
⑬特記事項	過去に転倒したことはありますか <input type="checkbox"/> ある（ 年 月に転倒、 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 部位： ） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> なし									
障害老人の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症老人の日常生活自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M		

記入日； 年 月 日

病院・施設名

記入者：

本人との関係：