

日常生活動作表

様

ご記入者 _____

ご記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

食 事	主食： <input type="checkbox"/> 常飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー むせこみ： <input type="checkbox"/> 有（とろみ： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要） <input type="checkbox"/> 無 治療食（ _____ ） 禁 食（ _____ ）	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> エプロン		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排 泄	尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無				
	日 中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ベッド上での交換 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> コールで対応 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ			
		夜 間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ベッド上での交換 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> コールで対応 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ		
	移 動	居 室	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング型車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			食 堂 廊下等	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング型車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
長距離		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング型車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
立 位		<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"/> 不可			
入 浴		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特 浴 入浴方法はADLによって施設判断で変更可能ですか？ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
義 歯	<input type="checkbox"/> 有（ 部分義歯 ・ 総義歯 ） <input type="checkbox"/> 無				
	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> ご家族管理（施設管理）				
睡 眠	<input type="checkbox"/> 規則正しい睡眠 <input type="checkbox"/> 不規則（眠剤使用： 有 ・ 無 ） <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲				
	<input type="checkbox"/> 眼鏡（ <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> ご家族管理（施設管理） ） <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ				
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元で聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない				
	<input type="checkbox"/> 補聴器（ <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> ご家族管理（施設管理） ）				

会 話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
麻痺等	麻痺（無・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢） 拘縮（無・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢）
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 帰宅願望・徘徊・異食・大声・暴言・暴力・介護抵抗・被害妄想・幻聴・幻視・不潔行為 収集癖・独語・その他（ ）
その他	①車椅子の操作の理解（ブレーキ・フットレスト） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ②立位・歩行不可にも関わらず <input type="checkbox"/> ベッドから落ちる危険性がある <input type="checkbox"/> 車椅子からの立ち上がりがある ③センサーの必要性 <input type="checkbox"/> 有（離床センサー・車椅子センサー） <input type="checkbox"/> 無 ④センサー利用についてのご家族の意向 <input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用してほしくない
喫 煙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
飲 酒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

既往歴			
現病歴			
内服薬	現在お飲みのお薬と 同じ薬状を Fax にて ご送付ください	排便コントロール -1： -2： -3： -4 以上：	医療処置
	坐薬・浣腸・吸引が必要な場合にはあらかじめご連絡をください。 胃ろうの場合には、時間・量・手順方法・消毒管理についてご自宅での情報をお知らせください。		
感染症	HBV： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 HCV： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 結核罹患歴： <input type="checkbox"/> 有（ 歳頃） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 MRSA： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 肝炎： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性（ 型） <input type="checkbox"/> 不明	コロナワクチンの接種状況	

ご自宅	階段・段差： <input type="checkbox"/> 有（ 段） <input type="checkbox"/> 無 エレベーター： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ご自宅前の一時的駐車： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（駐車場所： ）
-----	---

これまでの経過・特に注意する点など	
-------------------	--