

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(無・有) 転倒歴(無・有→頻度 回) |
| | | 麻痺(無・有→右手・左手・右足・左足) 装具(無・有) |
| | | ベットは(右側・左側)から起き上がる |
| | | ※車椅子の方 自操(可・不可) 自己所有(無・有) リクライニング(無・有) 立ち上がり危険行為(無・有) 抑制(無・有→以前していた・時々・常時) |
| 動作 | 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 |
| | 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 |
| 排泄 | 動作 | 自立・声掛け・誘導(定時・訴え時) 一部介助・全介助 尿意(無・有) 便意(無・有) 失禁(無・有) |
| | 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 日に 回・不規則) 下剤使用(無・有) |
| | 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(無・有) 不潔行為(無・有) | | |
| バルーンカテーテル(無・有) 人工肛門(無・有) | | |
| 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(無・有) とろみ(無・有) |
| | 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(無・有→食品名) |
| | | 特別食(無・有→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(無・有) エプロン使用(無・有) | |
| | 入れ歯(無・有→部分・総入れ歯) | |

| | | | |
|------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 入浴 | 動作 | 自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助 | |
| | 形態 | 一般浴・シャワー浴・機械浴・リフト浴・清拭 | |
| | その他 | 拒否(無・有→時々・常時) | |
| 更衣 | 動作 | 自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助 | |
| 整容 | 動作 | 自立・見守り・声掛け・一部介助・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 | 良好・その場合は可能・何らかの介助が必要・不可 ナーズコールの理解(無・有) | |
| | 言語障害 | 無・有→構音障害・失語症・その他() | |
| | 聴覚障害 | 正常・障害有→難聴(右・左・両方) 補聴器(無・有) | |
| | 視力障害 | 正常・障害有→(右・左・全盲) 眼鏡(無・有) 白内障・緑内障 手術歴(無・有) 点眼(無・有) | |
| 認知症 | 周辺症状 | 無・有(軽度・中度・重度) ※当てはまるもの全てに○をしてください (徘徊 異食 暴言 暴力 大声 放尿・放便 介護拒否 昼夜逆転 帰宅願望 幻視・幻聴 収集癖 性的行動 意欲低下 記憶力低下 見当識障害 その他) | |
| | | 身体抑制 | 無・有(安全ベルト・4点柵・ミトン・つなぎ服・センサー) |
| | 頻繁な訴え | 内容() | |
| | | 時間帯() 対応方法() | |
| 睡眠 | 状態 | 良好・時々不眠・不眠 | |
| | 眠剤 | 無・有(不眠時・毎晩) | |
| | エアマット | 使用(無・有) | |
| | その他 | 布団・ベット・低床ベット 入眠時見守り対象(無・有) | |
| 皮膚 | 状態 | 良好・不良() 塗布薬() | |
| | 褥瘡 | 無・有(部位) 塗布薬() | |
| 管理 | 物品 | 可・不可 | |
| | 金銭 | 可・不可 | |
| | 服薬 | 可・不可 | |
| 嗜好品 | 喫煙 | 無・有(1日 本) | |
| | 飲酒 | 無・有(1日) | |
| 面会(ご家族) | | 頻繁(いつでも可能)・時々(週 回または月 回) | |
| | | ほとんど来られない・()ヶ月に1回くらい | |
| 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 | | | |