

## 日常生活動作 調査表

キーパーソン氏名  
続柄

利用者名  
生年月日  
住所  
主治医

年 月 日 ( 歳)

記入日( 年 月 日)

TEL:

記入者( )

連絡先

↓服薬がたくさんある場合は、裏面へ記入してください。

|        |        |
|--------|--------|
| 《主な病氣》 | 《服薬内容》 |
|--------|--------|

《日常生活動作》

|            |  |      |                                |
|------------|--|------|--------------------------------|
| 食 事        | ・自立 ・一部介助 ・全介助   | 嚥下状態 | ・良 ・やや困難 ・不良                   |
| 食事法        | ・経口摂取 ( 常食 / 粥 / きざみ / 流動食(※) ) ・経鼻栄養 ・胃瘻 ・IVH<br>※流動食の場合は、とろみの程度を記入してください。( )   |      |                                |
| 排泄<br>(排便) | 日中 : トイレ ( 自立 / 介助 ) ・ポータブルトイレ ・オムツ ・人工肛門<br>夜間 : トイレ ( 自立 / 介助 ) ・ポータブルトイレ ・オムツ ・人工肛門<br>最終排便日: 月 日                                   |      |                                |
| 排泄<br>(排尿) | 日中 : トイレ ( 自立 / 介助 ) ・尿器 ・バルンカテーテル(※) ・オムツ<br>※バルンカテーテルの場合…最終交換日( / )、( Fr ・ cc )、破棄量( )<br>夜間 : トイレ ( 自立 / 介助 ) ・尿器 ・バルンカテーテル(※) ・オムツ |      |                                |
| 歩 行        | ・自立 ・杖歩行 ・歩行器使用 ・立位は可能 ・歩行不能 ・歩く意思がない  |      |                                |
| 車椅子        | 移動 : 自力可 / 要介助      操作 : 自力可 / 要介助   |      |                                |
| 起 立        | 自立 / 一部介助 / 全介助  | 座位保持 | 自立 / 背もたれ / 不可                 |
| 寝返り        | 自立 / 一部介助 / 全介助 / 不可   | 義 歯  | ・総入歯 ・一部入歯 ・無 ・はずしている          |
| 更 衣        | 自立 / 一部介助 / 全介助 / 不可   | 入 浴  | 一般浴 / 機械浴                      |
| ナースコール     | 押せる / 押せない   | 抑 制  | 有 ・ 無 ・ 上肢 ・ 下肢 ・ 胴抑 ・ ミトン ・ 柵 |

《心身状況》

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 麻 痺   | ( 無 ・ 有 ) 四肢麻痺 / 対麻痺 / 片麻痺 ( 右 ・ 左 ) / 単麻痺                             |  |  |
| アレルギー | ( 無 ・ 有(種類: ) )  |  |  |
| 拘 縮   | ( 無 ・ 有 ) 部位 :   |  |  |
| 褥 瘡   | ( 無 ・ 有 ) 部位 :      大きさ :  |  |  |
| 言語障害  | ( 無 ・ 有 ) 発声不能 / 不明瞭 / 失語症 / 構音障害                                      |  |  |
| 聴力障害  | ( 無 ・ 有 ) 不可 / 多少可 / 補聴器   |  |  |
| 視力障害  | ( 無 ・ 有 ) 不可 / 多少可 / 眼鏡  |  |  |
| 意識障害  | ( 無 ・ 有 ) 昏睡 / 傾眠 / その他( )   |  |  |
| 認知症   | ( 無 ・ 有 ) ・ 記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 感情失禁 ・ 夜間せん妄                                |  |  |
| 精神障害  | ・ 不潔行為 ・ 暴力、暴言 ・ 徘徊(室内 / 屋内 / 屋外 )<br>・ 幻覚、妄想 ・ 睡眠障害 ・ 奇声、大声を出す ・ 介護抵抗 |  |  |
| 理解力   | 有 / 少し有 / 無  |  |  |
| 会 話   | 自由 / 困難 / 不可   |  |  |

《医療処置》      無 ・ 有

|         |  |         |              |
|---------|--|---------|--------------|
| 気管切開    | 無 ・ 有  | 酸素使用    | 無 ・ 有 ( L/分) |
| 人工呼吸器   | 無 ・ 有  | ペースメーカー | 無 ・ 有        |
| 吸 引     | 無 ・ 有 ( 昼 回/夜 回)                             |         |              |
| 褥瘡処置    | 無 ・ 有 (手順: )                                 |         |              |
| 胃瘻・経管   | 無 ・ 有 : 内容( ) (朝 ml 昼 ml 夕 ml)               |         |              |
| インスリン注射 | 無 ・ 有 : 内容( ) (朝: 単位 昼: 単位 夕: 単位 就寝前: 単位)    |         |              |
| 感 染 症   | 無 ・ 有 MRSA(部位 ) ・ HBs ・ HCV ・ 梅毒 ・ 疥癬 ・ 他( ) |         |              |

《 裏 面 へ 》

**【裏面】**

《介護上の注意点があればご記入ください》

《服薬内容(たくさんある場合はこちらへ記入してください。》