

日常生活動作表

年 月 日 記入者 続柄 ()

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 男・女 要介護度(____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg *全項目ご記入ください

1. 食事・水分摂取について *該当に○を付けてください

食種	常食 () kcal/日 ・胃ろう (内容商品名:) /日 制限食: 糖尿病食 _____ kcal ・減塩食 g ・その他	
形態	主食	米飯 全粥 五分粥 流動(ミキサー) おにぎり あんかけ
	副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ソフト食 ・ みじん ・ ミキサー 要 ・ 不要
補食	高カロリー補食(有: _____ ・無) おやつ(有・無) 補食の理由 ()	
摂取方法	自立 一部介助 全介助 摂取時間:約 分 開口状況(良い・悪い)	
	箸 スプーン フォーク 自助具 手掴み コップ 吸い飲み ストロー付 エプロン(要・不)	
摂取量	主食 割 ・ 副食 割 ・元々小食 ・早食い ・途中手が止まる	
嚥下 (飲み込み)	問題なし ・むせ込みあり ・見守り(指示も含む) ・吸引(無・有:頻度 ・とろみ剤(無・有:商品名 濃度(ポタージュ状 ・コンデンスミルク状 ・ヨーグルト状)	
食事姿勢	椅子 車椅子 リクライニング車椅子 ベッド上(°)	
義歯	上 (部分義歯 ・ 総義歯 ・ なし) 下 (部分義歯 ・ 総義歯 ・ なし) / 自歯 (有 ・ 無)	
食物アレルギー	無・有() 禁食 無・有()	
備考	食欲:有・無し・ムラ/*ムラありの場合平均 主食 割 /副食 割	

2. 排泄について

尿意	ある ・ 時々ある ・ ない	便意	ある ・ 時々ある ・ ない
便秘時の対応			
排泄 (日中)	方法	自立 失敗するも自分でできる 誘導すればできる トイレ内立位可・不可 一部介助 常にオムツ 人工肛門造設 バルーン留置 導尿(自己・介助)	
	場所	トイレ ポータブルトイレ 尿器 ベッド上交換	回数 _____ 回
	介助	定時誘導又は交換 希望時誘導又は交換 ナースコール対応	
	オムツ種類	紙おむつ リハビリパンツ パット フラット 布パンツ	失禁 _____ 常時 ・ 時々 ・ なし
排泄 (夜間)	方法	自立 失敗するも自分でできる 誘導すればできる トイレ内立位可・不可 一部介助 常にオムツ 人工肛門造設 バルーン留置 導尿(自己・介助)	
	場所	トイレ ポータブルトイレ 尿器 ベッド上交換	回数 _____ 回
	介助	定時誘導又は交換 希望時誘導又は交換 ナースコール対応	
	オムツ種類	紙おむつ リハビリパンツ パット フラット 布パンツ	失禁 _____ 常時 ・ 時々 ・ なし
備考	バルーンチューブサイズ: _____ Fr _____ cc固定 交換頻度 _____ 流出量平均 _____ ml/日 尿混濁や流出不良(有・無) 交換時専門医受診(要・不要) ストマ種類: _____ 皮膚トラブル(有:対応方法 _____ ・無)		

3. 入浴について

洗身	自立 一部介助 全介助	洗髪	自立 一部介助 全介助
浴槽	一般浴 (徒歩 ・ 椅子浴) チェアインバス	寝浴	シャワーのみ 清拭のみ
入浴拒否	無 ・ 有(対応方法: _____)		

4. 洗面・更衣・口腔ケアについて

洗面	自立 見守り指示 一部介助 全介助	更衣	自立 見守り指示 一部介助 全介助
衣類の準備	できる ・ できない	靴の着脱	できる・見守り指示・ 一部介助・全介助
口腔ケア	自立 見守り指示 一部介助 全介助 / 義歯の管理(できる ・ できない)		
歯ブラシ(する ・ しない ・ うがいのみ) / うがい(できる ・ できない) / 義歯預かり拒否(有・無)			

5. 視力・聴力について

視力	普通 見えにくい 見えない / 眼鏡(使用 ・ 自己管理 ・ 預かり ・ 不使用)
聴力	普通 聞こえにくい 聞こえない / 補聴器(使用 右/左 ・ 自己管理 ・ 預かり ・ 不使用)

6. 基本動作について

移動	歩行	独歩・T字杖・4点杖・歩行器(ピックアップ・サークル)・てすり・シルバーカー・手引き								
		自立・見守り・介助	歩行範囲	単一フロア内	施設内	ベッド周囲	トイレ周囲			
	ふらつき	有・無	補装具	有・無						
	車椅子	自操(可・不可) ベルト(有・無) プレーキ操作(可・不可) フットレスト操作(可・不可) 介助型・自操型・リクライニング								
立位	自立		つかまれば立てる	一部介助	不可	起き上り	自立	一部介助	全介助	
移乗	自立		一部介助	全介助	二人介助	寝返り	自立	一部介助	全介助	
転倒	(殆どない・時々・度々:転倒に至る理由)									
危険な立上りや自己トランス (無・有:頻度と状況=)										
センサー(不要・要:センサー種類:) ベッド上抑制 無・有										
座位	自立	背もたれがあれば可 補正クッション等:必要・不要			座位時間:長時間可・食事時間程度					
ベッド柵	左	本	右	本	ベッド乗降り	右降り・左降り	柵カバー	要・不要	ミトン	有・無
ナースコール	自ら押す(要件:)・押さない・押せない 職員を待てる・待てない									

7. 医療・健康について

床ずれ 有・無	部位	大きさ_____x_____深さ_____		浸出液		有・無			
	処置内容								
他の皮膚疾患	無・有:部位		大きさ・程度・処置内容						
常時使用薬剤 (外用は部位も)	内服 無・診断書どおり・他()								
	外用 無・診断書どおり・他()								
薬の管理	自立	一部介助	全介助	拒薬	有・無	薬アレルギー 無・有()			
投薬方法	水 とろみ使用 ゼリー埋め込み 粉碎 その他()								
薬への執着 :プラセボ対応の場合内容と頻度()									
他科受診	不要・要:内容と頻度()								

8. 心理・社会面について

						外出	(する・しない)			
コミュニケーション	自発的にする 話しかけに返答程度 不可 / 理解度(問題なし・ある程度可能・困難)									
自室やトイレ場所	わかる 時々間違える いつも間違える わからない					金銭管理	できる・できない・こだわる			
情緒	普通 時々不安定 不安定(状況・頻度)) 表出しない				
こだわりの行動・主訴:										
私物の整理	できる しまった事を忘れる 他人の物に執着する できない 物のこだわり()									
睡眠	良眠・時々起きる・頻繁に起きる・眠れない 眠剤(無・有 頓用)									
	不眠時対応方法() 覚醒時の様子・覚醒頻度()									
不眠時空腹訴え(有・無) 昼夜逆転(有・無) 布団・ベッド 夜間声出し・寝言等(有・無)										
いびき(有・無) 周囲へ迷惑(有・無) エアーマット(要・不要) 除圧マット(要・不要)										
夜間起き出しや危険行動 無・有:内容										

9. 認知症の程度・症状について

		認知症の程度 なし・年齢相応の物忘れ・軽度・中度・高度								
行動に○	徘徊(歩行安定・不安定) 車椅子徘徊 盗食 異食 放尿 排便 オムツはずし									
↓	つなぎ服(有・無) 収集癖(回収時拒否有・無・収集物記憶有・無) 物取られ等被害妄想									
	帰宅願望 暴言 暴力 大声 奇声 独語(昼間・夜間・大声・小声) 不穏 作話									
○の行動の詳細 状況や対応方法 その他、留意点を 必ず記載下さい	他者の行動への干渉 他者の部屋へ入る 他者のベッドで寝る 他者トラブル 幻覚 妄想									
	介護拒否 破壊行動 性的逸脱行動									

10. リハビリについて

PT	個別	筋トレ(上肢・下肢・体幹) 屋外歩行	担当者からコメントをお願いします
	集団	歩行(杖・歩行器・手引き・平行棒) 上肢-ex	
OT	個別	ROM-ex 立ち上り 起居動作 ADL 家事	
	集団	巧緻性 レク 作業活動 温熱 階段昇降	
ST	個別	失語・構音 摂食・嚥下	担当者名:
	集団	高次脳 認知-ex レクリエーション	