

日常生活動作調査票

利用者氏名 _____ 様

記入者 _____ (本人との関係 _____ 所属 _____) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 自立度:障害老人(_____) 認知老人(_____) HDS-R _____ 点

※項目全ての該当する場所に○をつけてください。

食事形態	摂取方法	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 / 胃ろう(内容 _____)			
	食事制限	エネルギー(_____ Kcal/日) ・ 療養食 有【内容: _____】 ・ 無			
	主食	米飯 全粥 五分粥 流動(ミキサー) おにぎり その他(_____)			
	副食	普通 一口大 刻み みじん ミキサー その他(_____)			
	摂取量	(_____ 割)	補食	無 ・ 有(_____)	
嚥下	問題なし 問題有り(状況 _____) 【とろみ使用】有 ・ 無				
移動	歩行	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 不可 【補助具】杖 歩行器 その他(_____) 【範囲】屋外 屋内 ベッド周囲 リハのみ 転倒(無 ・ 有) ⇒ 有の場合は頻度・状況(_____)			
	車椅子	【種類】自操式(自操可 不可) ・ 介助式・リクライニング式 【所持】私物 施設 レンタル			
動作	座位	自立 背もたれがあれば可 出来ない 【座位時間 _____ 時間 _____】			
	立位保持	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 不可			
	立ち上がり	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 不可			
	移乗	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助(_____)人介助 不可			
	寝返り	自立 つかまれば可 全介助	起き上がり	自立 一部介助 全介助	
排泄	尿意	ある あいまい ない	便意	ある あいまい ない	
	日中	方法	自立 誘導のみ 一部介助(介助内容 _____) 全介助 トイレ ポータブルトイレ 尿器 人工肛門造設 バルーン留置		
		回数	昼(_____)回 定時誘導又は交換 ナースコール対応		
		オムツ	紙おむつ リハビリパンツ パッド 布パンツ 【失禁】常時 ・ 時々 ・ 無		
	夜間	方法	自立 誘導のみ 一部介助(介助内容 _____) 全介助 トイレ ポータブルトイレ 尿器 人工肛門造設 バルーン留置		
		回数	夜(_____)回 定時誘導又は交換 ナースコール対応		
オムツ		紙おむつ リハビリパンツ パッド 布パンツ 【失禁】常時 ・ 時々 ・ 無			
整容	入浴方法	自立 見守り 一部介助(_____) 全介助 歩行浴 座位浴 臥位浴 シャワー浴 清拭のみ			
	整容	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			
身体状況	麻痺	無 ・ 有(部位 _____)			
	拘縮	無 ・ 有(部位 _____)			
	床ずれ	無 ・ 有(部位/大きさ _____)(処置内容 _____) 【予防具】不要 ・ 要 ⇒ エアマット ・ 体圧分散マット ・ 車椅子用クッション ・ その他(_____)			
詳細・特記事項 _____					
コミュニケーション	意思疎通	【伝達】可能 ・ ある程度可能 ・ 不可 【理解】可能 ・ ある程度可能 ・ 不可 【表現方法】会話 身振り 筆談 その他(_____)			
	視力	問題なし 低下(右・左) 失明(右・左) 【眼鏡使用】無 ・ 有(自己管理可・不可)			
	聴力	問題なし 難聴(右・左) 失聴(右・左) 【補聴器使用】無 ・ 有(自己管理可・不可)			
	ナースコール	自ら押す(内容: _____) 押さない 押せない			
精神面	睡眠	睡眠状態(よく寝れる 時々起きる 頻繁に起きる 眠れない) 眠剤(要・不要) 昼夜逆転(無・有) 夜間声だし・寝言等(無・有) 環境(布団・ベッド)			
	問題行動	抑制	・徘徊 ・ 収集癖 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 声だし	安全ベルト	無 ・ 有
			・暴力 ・ 性的逸脱行為 ・ 介護拒否	ベッド柵	(_____)本柵
			・重ね着 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 作話	つなぎ	無 ・ 有
			・不穏 ・ 見当識障害 ・ 脱衣 ・ 物忘れ	その他	無 ・ 有(_____)
詳細・特記事項 _____					
リハビリ	リハビリ担当者よりコメントをお願いします。				
担当者氏名: _____					