

日常生活動作確認票

様

記入日:令和 年 月 日

記入者:

【 詳細・特記事項 】

A D L	移動等	移動	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動手段	☐ 独歩	☐ 手引き	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他 (特記記入)			
		転倒	☐ なし ☐ あり 【 頻度、骨折歴、最近の転倒状況等:												
		立位	☐ 可	☐ 支えがあれば可 ☐ 不可			座位	☐ 可	☐ 支えがあれば可 ☐ 不可						
		移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	センサーマット使用		☐ なし ☐ あり						
		寝返り	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	床ずれ	☐ なし ☐ あり【部位:							
	排泄	排泄	☐ 自分でトイレへ ☐ 介助でトイレへ			☐ 夜だけポータブル (☐ 介助要)			☐ いつもポータブル (☐ 介助要)						
			☐ 夜だけオムツ ☐ 一日中オムツ			☐ 尿器 (☐ 介助要)			☐ リハビリパンツ使用 ☐ パット使用 ☐ バルーン						
		尿意	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし			便意	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし (排便: 日に1回)								
		失禁	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし			夜間の状況就寝後の排泄回数 (約 回)									
	入更 浴衣	入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 清拭のみ		着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
		入浴方法	☐ 手引き		☐ シャワーチェアー		☐ リフト		☐ ストレッチャー		☐ 個浴 ☐ その他(				
	食事・ 口腔 ケア	食事動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			嚥下	☐ 問題なし ☐ しにくい ☐ できない								
		咽込	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし			水分トロミ	☐ あり ☐ なし								
		食事内容	食種	☐ 普通 ☐ 糖尿病食(kcal) ☐ 塩分制限(g) ☐ その他(											
			主食	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥 ☐ おにぎり ☐ その他(											
			副食	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ とろみ付 ☐ その他(											
		摂取量	☐ おおむね全量 ☐ 7～8割 ☐ 半分程度 ☐ 日によってムラ有り												
		使用器具				アレルギーや嗜好など									
		義歯	☐ あり【 ☐ 部分義歯(☐ 上・ ☐ 下) ☐ 総義歯】 ☐ なし ☐ 使用せず ☐ 残歯 ☐ あり (約 本) ☐ なし												
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ 歯ブラシ使用 ☐ うがいのみ)													
	身体 状況 等	基礎情報	身長	cm	体重	kg (月 日現在)	体重の減少	☐ なし ☐ あり (ヶ月で kg減)							
		麻痺	☐ なし ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢			麻痺の程度									
		関節痛	☐ なし ☐ あり (部位:			拘縮	☐ なし ☐ あり (部位:								
		視力	☐ 見える ☐ 見えにくい (☐ 右 ☐ 左 ☐ どちらも)			☐ 見えない (☐ 右 ☐ 左 ☐ どちらも)			☐ 眼鏡使用						
		聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい (☐ 右 ☐ 左 ☐ どちらも)			☐ 聞こえない (☐ 右 ☐ 左 ☐ どちらも)									
補聴器使用		☐ なし ☐ 右 ☐ 左 ☐ どちらも			睡眠	☐ 良眠 ☐ 時々不眠 ☐ 不眠 (☐ 眠剤使用)									
その他 情報	意思疎通	☐ できる ☐ 時々できる ☐ ほとんどできない			☐ 出来ない		ナースコール	☐ 押せる ☐ 押せない							
	言葉の理解	☐ できる ☐ 時々できる ☐ ほとんどできない			☐ 出来ない		(理解)	☐ できる ☐ できない							
	行動障害	☐ なし ☐ 徘徊 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 昼夜逆転 ☐ 妄想 ☐ 異食 ☐ 大声をあげる ☐ 不潔行為 ☐ 幻聴・幻覚 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ その他 ()													
	日常生活 自立度	障害自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2												
		認知症	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M												
	医療処置	☐ 感染症(詳細は特記に記入) ☐ 透析 (回／週) ☐ 経管栄養 (☐ 胃瘻 ☐ 経鼻 ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 吸引 ☐ 吸入 ☐ インシュリン ☐ 点滴管理 ☐ 膀胱ろう ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ 床ずれ処置 ☐ 中心静脈栄養 ☐ ターミナル管理 ☐ モニター管理 ☐ 人工呼吸器 ☐ ペースメーカー													
I A D L	買物	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	金銭管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	献立	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	ごみ出し	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	調理及び片付け	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	掃除	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	洗濯	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	火気管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	外出	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	服薬状況	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他													
	住環境	☐ 問題なし ☐ 問題あり ()													
社交 交流	社会参加	☐ あり ☐ なし													
	対人交流	☐ あり													
生活 歴等	※一日の過ごし方や一週間の過ごし方、本人様の性格、趣味などを出来るだけ詳しくご記入ください。														