

様

日常生活動作確認表

要介護度:1・2・3・4・5

移動	自立歩行・手引き歩行・杖使用(1点杖・4点杖)・歩行器使用・歩行不能(車椅子・常時臥床)				
車椅子	移乗: 自立 一部介助 全介助		操作: 自立 一部介助 全介助		
立位保持	できる 見守り 一部介助 全介助		ふらつき	有・無	
座位保持	長時間可能(30分以上) 短時間可能 不可		背もたれ(要・不要)		
寝返り	自立 一部介助 全介助		起き上がり	自立 一部介助 全介助	
エアマット	無・有		立ち上がり	自立 一部介助 全介助	
麻痺	無・有 (片麻痺・対麻痺・単麻痺・四肢麻痺) 右(上肢・下肢) 左(上肢・下肢) MMT: ㊶ /5 ・ ㊷ /5				
拘縮	無・有 (状態:)				
食事	自立(スプーン・箸・自助具) 見守り 一部介助 全介助				
	主食: ご飯・軟飯・粥・ソフト		副食: 普通・一口大・ごく刻み・ソフト		
	治療食: 食(内容:)		提供カロリー: kcal		
	胃瘻(内容:)				
	水分: とろみ 有・無		嚥下障害: 有・無		
	1日の食事量: 全量・2/3・1/2・1/3		1日の水分量: 約() cc		
	義歯: 無・有 (総入れ歯・部分 上・下)				
排泄	尿意: 有・無		便意: 有・無		
	排便パターン: 問題なし・便秘・下痢 (浣腸・下剤・座薬・下痢止め)				
	昼	トイレ(自立・誘導) PTイレ 尿器 カテーテル ストマ			
		布パンツ リハビリパンツ オムツ		パット使用(有・無)	
	夜	排泄動作: 自立・一部介助・全介助		尿失禁: 無・有 便失禁: 無・有	
トイレ(自立・誘導) PTイレ 尿器 カテーテル ストマ					
更衣	着脱: 自立・一部介助・全介助		身繕い: 自立・一部介助・全介助		
	口腔ケア: 自立・一部介助・全介助		洗面: 自立・一部介助・全介助		
入浴	一般浴 リフト浴 機械浴		入浴動作: 自立・一部介助・全介助		
言語障害	無	有…失語・構音障害・発声不能・その他()			
視覚障害	無	有…右(弱視・盲目) 左(弱視・盲目) 眼鏡使用(あり・なし)			
聴覚障害	無	有…右(やや難聴・難聴) 左(やや難聴・難聴) 補聴器使用(あり・なし)			
認知症	無	有…記憶障害・記銘力障害・見当識障害・感情失禁・夜間せん妄・自己抜去行為・ベッド柵をとる 立ち上がり行為(有・無) 意思疎通(可・ほぼ可・不可) HDS-R()点 その他()			
拘束	無	有…ベッド上抑制帯・4点柵・安全ベルト・つなぎ服・ミトン・その他() 使用の理由()			
睡眠障害	無	有…眠剤服用(あり・なし)			
アレルギー	無	有(内容:)			
処置	無	有…	褥瘡(部位・大きさ・深さ)		
			吸引(痰の量など…)		
			インスリン()		
			その他()		
身長	cm	体重	kg	記入者氏名: 記入日: 令和 年 月 日 本人との関係又は所属機関・職種:	