

日常生活動作状況

令和 年 月 日

利用者様氏名:

様

記入者:

(職種・続柄

)

		備考
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度):		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度:		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)	
乗り移り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> つかまり立ち(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
ベッドサイド	転倒・転落(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 要見守り) センサーマット(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
入浴	種類:	<input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴
	洗体:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	浴槽へ移動:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア
排泄	動作:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> バルーン有 <input type="checkbox"/> ストマ有
	排尿:	尿意(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失禁(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	排便:	<input type="checkbox"/> 毎日あり 1週間に()回 下剤: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	日中:	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 布パンツ
	夜間:	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 布パンツ 夜間トイレ回数()回 夜間オムツ交換()回
更衣	上半身:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	下半身:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	歯磨き:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	洗面:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 眠剤有 <input type="checkbox"/> 眠剤無	
意思の疎通	視力:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見え難い(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) メガネ(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	聴力:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえ難い(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	意思の表出:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ナースコール使用(<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能)
	理解力:	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
心身の状態	<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 感情の起伏が激しい <input type="checkbox"/> もの忘れあり(<input type="checkbox"/> 季節 <input type="checkbox"/> 人の顔 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 日時)	
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 物がなくなったと言う <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 収集癖	
	<input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚	
	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()	
	上記症状が <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他() がある。	
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 状態()	
	<input type="checkbox"/> 軟膏無 <input type="checkbox"/> 軟膏有 ()	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対応処置の状況()	
医療行為	例:インスリン・吸引など 定期受診: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
服薬	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 施設管理	
	<input type="checkbox"/> 自己で飲む <input type="checkbox"/> 手渡しにて声掛け必要 <input type="checkbox"/> 介助必要	
	点眼(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 外用薬(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
その他、ご要望、ご希望などございましたらご記入ください。		