

日常生活動作表

氏名: _____ 様 性別: 男・女	
生年月日: M T S H 年 月 日 (歳)	
身長 cm 体重 kg (最終計測日: 年 月 日)	
麻痺	なし ・ 四肢麻痺 ・ 片麻痺 (右 ・ 左) ・ 単麻痺(部位: _____)
意思疎通	問題なし _____ 簡単な指示は理解 _____ 不可
ナースコール	押せる ・ 押せない 離床センサー等使用→具体的に: _____
認知症	なし ・ あり (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
周辺症状	なし ・ あり(不穏・徘徊・妄想・幻覚・独語・見当識障害・不潔行為・介護抵抗・暴力行為) その他(_____)
睡眠状況	良好 不眠-眠剤使用 無 ・ 有(_____)
嚥下障害	なし あり-時々むせる ・ 水分でむせる 経口不可(経鼻栄養 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻)
視力	見える 見えづらい(左・右) 見えない(左・右) 視野障害(_____)
聴力	聞こえる 大声で可 聞こえない(左・右) 補聴器使用
ADL情報	
食事	自立 ・ セッティングにて自立 ・ 自立だが時間を要する ・ 一部介助 ・ 全介助 入れ歯(有 ・ 無) 特記事項: _____
食形態	主食 (米飯 ・ 粥 ・ ミキサー ・ その他[_____] 副食 (常食 ・ きざみ ・ 軟菜 ・ ミキサー ・ その他[_____]
排泄	トイレ自立 ・ トイレ一部介助 ・ ポータブルトイレ使用(介助要・不要) おむつ使用 ・ 尿管カテーテル留置 ・ 人工肛門 ・ 膀胱瘻 尿意 (あり ・ なし) 便意 (あり ・ なし)
移動	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器(自立・見守り・介助) 車椅子 移乗(自立・見守り・一部介助・全介助) 操作(自立・見守り・全介助)
立位	自立 ・ 介助にて可 ・ 不可
体動	自立 ・ 一部介助 ・ 体位変換 ・ エアマット使用(あり ・ なし)
座位保持	可 ・ 背もたれあれば可 ・ 不可
医療行為	
感染症	なし ・ あり (_____)
気管切開	なし ・ あり (吸引 _____ 回/ _____ 時間)
インシュリン注射	なし ・ あり (_____ 単位 _____ 回/日)
酸素	なし ・ あり (_____ リットル カニューラ ・ マスク)
褥瘡	なし ・ あり (部位: _____ 大きさ: _____)

記入日: 年 月 日 記入者 所属:

氏名:

職種: