

日常生活動作確認表①

利用者氏名

様 男・女

【ADL状況】

身体状況	身長 _____ cm 体重 _____ kg (測定日: 年 月 日)		特記	
	麻痺	あり(部位: _____) なし		
	拘縮	あり(部位: _____) なし		
	痛み	あり(部位: _____ 対応: _____) なし		
	皮膚トラブル	なし・あり(状態: _____ 対応: _____)		
	褥瘡	なし・あり(部位: _____ 大きさ: _____ 深さ: _____) 処置: _____		
基本動作	移動方法	独歩・伝い歩き・杖歩行・歩行器・手引き歩行 車いす(自走・介助・リクライニング) 車椅子からの立ち上がり: なし・あり(頻度 _____)		
	歩行状態	自立・遠位見守りレベル・近位見守りレベル・一部介助・全介助 転倒歴: なし・あり(いつ頃 _____) 転倒の可能性(低・中・高)		
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
	立位保持	自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
	移乗	自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
	起き上がり	自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
	寝返り	自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
	座位	安定・不安定・時間限度: 有(_____ 時間)・無		
	排泄	場所	日中	トイレ・PTイレ・オムツ交換・尿器・バルーン 紙オムツ・リハビリパンツ・布パンツ・パット
			夜間	トイレ・PTイレ・オムツ交換・尿器・バルーン 紙オムツ・リハビリパンツ・布パンツ・パット
動作		自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
		尿意: あり・なし 便意: あり・なし 失禁: あり・ときどきあり・なし		
頻尿: あり・なし 便秘: あり・なし 下剤: あり・なし 浣腸: あり・なし 摘便: あり・なし その他トラブル: なし・あり(_____)				
食事	動作	自立・見守り・一部介助(_____)・全介助		
	道具	箸・スプーン・フォーク・自助具(_____)・エプロン		
	嚥下	ムセ: なし・あり(_____) とろみ: なし・あり(_____)		
	義歯	なし・あり(上・下 総・部分)		
	主食	米飯・全粥・ミキサー・パン・その他(_____)		
	副食	常菜・刻み(_____)・軟菜(_____)・ミキサー		
	摂取量	平均 _____ 割程度 補助食品: なし・あり(_____)		
	治療食	(_____ 食 Kcal・塩分 g・ _____)		
禁止食品: なし・あり(_____ 理由 _____)				
嗜好				

日常生活動作確認表②

利用者氏名

様 男・女

入浴	形態	歩行浴・個浴・シャワー浴・チェア浴・機械浴・清拭	特記
	着脱	自立・見守り・一部介助()・全介助	
	洗体	自立・見守り・一部介助()・全介助	
	回数	週 回 拒否:なし・あり(頻度)	
意志疎通	視力	日常生活に支障:あり・なし 眼鏡使用:あり・なし	認知症自立度() HDS-R()点
	聴力	難聴:あり(右・左)・なし 補聴器:あり(右・左)・なし	
	言語障害	あり()・なし	
	意志の伝達	可能・簡単な内容のみ可能・不可能	
	話の理解	可能・簡単な内容のみ可能・その場のみ可能・不可能	
	他者との交流	ある・時々ある・ない 他者とのトラブル:あり・なし	
	ナースコール	押せる・時々押せる・押せない	
生活	夜間	良眠・時々不眠・不眠	
		眠剤:なし・あり() 就寝: 時 起床: 時	
		ベッド・低床ベッド・布団・エアマット	
	日中の過ごし方	(習慣や趣味など)	
	性格		
	頻繁な訴え	内容: 対応:	

【認知症状】

見当識障害 短期記憶障害 収集 昼夜逆転 被害妄想 異食 徘徊 大声 放尿 放便 暴言 暴力 自傷 感情不安定 幻視 幻聴 幻覚 その他()	頻度・具体的内容をご記入下さい。
---	------------------

【介護状況】

身体拘束:なし・あり 安全ベルト・胴抑制・四点柵・カットテーブル・つなぎ ミトン・センサーマット・その他()	特記
《使用理由》	

【医療行為・処置】

医療行為・処置:なし・あり ⇒ありの場合、該当項目に○をして下さい。 経管栄養(経鼻・胃ろう) ・ インシュリン ・ 血糖チェック ・ 点眼薬 酸素療法 ・ 気管切開 ・ 喀痰吸引 ・ パルーン ・ 人工肛門 ・ 褥瘡処置 人工透析 ・ 疼痛管理 ・ モニター管理 ・ 人工呼吸器 ・ 中心静脈栄養 その他()	医療行為・処置の頻度や回数など、詳細を記入して下さい。
--	-----------------------------

*この日常生活動作確認表は、ご本人の身体状況が良く分かる方がご記入ください。

「在宅生活の方⇒ご家族もしくはケアマネジャーの方」「入院中の方⇒病院スタッフの方」「施設入所中⇒施設スタッフの方」がご記入下さい。

記入日: 年 月 日 記入者:

職種: