

# 日常生活動作表

様分

記入日: 令和 年 月 日 記載者: 家族( ) 看護師・介護職・その他( )

現在おられるところ (入院・入所中のお部屋/多床室・個室・その他)

\* 最近の生活のご様子・身体状況について○をつけて下さい。

入所前情報		入所日追加事項
起床 ～就寝時間	起床時間 ( 時頃) 昼寝時間 ( ~ 時頃) 就寝時間 ( 時頃) 夜間睡眠状況/良好・不眠(不眠理由: ) (睡眠時間/約 時間)	眠剤服用の有無 無・有 ( 時)
就寝用品	ベッド(ベッド柵/2点柵・3点柵・4点柵)・ 畳(布団) エアーマットレス使用 無・有 除圧マットレス使用 無・有	
<b>食事</b>	自分で食べる・一部介助・全介助/摂取時間 ( 分位)	
摂取方法	箸・スプーン・フォーク・その他 ( )	
摂取姿勢	椅子・車椅子・リクライニング式車椅子・ベッド上(座位保持時間: 分)	
平均摂取量	主食 ( 割) 副食 ( 割) 栄養補助食品等: ( )	
<b>飲み物</b>	自分で飲める・一部介助・全介助/コップ・ストロー・吸い飲み	
水分制限	無・有(1日 cc) 平均水分摂取量(1日 cc)	
<b>療養食</b>	糖尿病食 ( kcal) 減塩食 ( g) その他 ( )	
食事の形態	主食/ 米飯・軟飯・全粥・ペースト・その他 ( ) 副食/ 普通・軟菜・一口大・荒刻み・きざみ・ペースト・その他 ( )	
嗜好品	好きな物 ( ) 嫌いな物 ( )	
<b>嚥下障害</b>	無・有 とろみ剤使用/無・有【薄いとろみ・中間とろみ・濃いとろみ】 その他 ( )	
<b>排泄</b>	尿意(無・有) 不明 便意(無・有) 不明	最終排便 ( 月 日)
	日中: 自分で出来る・一部介助・全介助 (日中尿回数 回位) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・安楽尿器/布パンツ・オムツ・リハビリパンツ・パット その他 ( )	
	夜間: 自分で出来る・一部介助・全介助 (夜間尿回数 回位) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・安楽尿器/布パンツ・オムツ・リハビリパンツ・パット その他 ( )	
	排便状況: ほぼ毎日でている・2～3日に1回・便秘である *便秘時、薬剤・浣腸の使用状況、希望等 ( )	
	尿道バルンカテーテル使用 ( Fr) 最終交換日 ( 月 日) 膀胱ろう・人工膀胱	
<b>洗面・うがい</b>	自分で出来る・一部介助・全介助・うがいは危険なのでしていない *うがい以外の方法 ( )	
<b>歯</b>	自歯: 無・有 義歯: 無・有(総義歯/上・下 部分義歯/上・下)	
<b>入浴</b>	・自立・一部介助・全介助 ・一般浴・リフト浴・シャワー浴・ストレッチャー浴・特浴・清拭等 ・入浴場所(自宅・ディ・訪問入浴・施設・病院等)	最終入浴 ( 月 日)
<b>更衣</b>	・自立・一部介助・全介助	

寝返り	一人で出来る・手すりがあれば一人で出来る・一部介助・出来ない 体位交換：無・有（ 時間おき）	
起き上がり	一人で出来る・手すりがあれば一人で出来る・一部介助・出来ない	
立ち上がり	一人で出来る・手すりがあれば一人で出来る・一部介助・出来ない	
立位保持	一人で可能・手すりがあれば一人で可能・一部介助・出来ない 立位保持時間（ 分程度）	
移乗	一人で出来る・一部介助（付き添い／見守り）・全介助	
移動	一人で出来る・一部介助（付き添い／見守り／自操／他操）・全介助 屋内：独歩・杖・老人車・歩行器・車椅子・リクライニング式車椅子 屋外：独歩・杖・老人車・歩行器・車椅子・リクライニング式車椅子 ベット・ストレッチャー	
移乗・移動時	ナースコール：押せる・押せない 押せない場合、一人で動いてしまうことは（無・有）	
意思疎通	・日常会話可能 ・言葉以外で可能（方法 ） ・はい・いいえの意思表示が出来る ・意志疎通は難しい *携帯電話の使用：無・有 *管理：不要・必要（管理方法： ）	
物忘れ等	物忘れがある（内容： ） ・目的なく動きまわる（日中・夕方・夜間） ・大声を出すことがある（日中・夕方・夜間） ・一人でしゃべっていることがある（日中・夕方・夜間） ・幻覚 ・幻聴がある ・食べもの以外を口にいらしてしまうことがある ・作り話しをする ・怒ることが多くなった ・不潔行為がある ・他者とトラブルになることがある ・介護に抵抗することがある （具体的内容／対応策 ） *趣味・習慣・活動等（ ）	
1年内の転倒・転落	無・有（時期： 場所： 時間帯： ）	
センサー使用 安全対策等	無・有（種類： ）	
センサーの必要な理由と鳴る頻度（ ）		
【身体状況】	身長（ c m）体重（ k g）	
感染症	無・有／H C V（+・-）H B（+・-）W a（+・-）M R S A（+・-）	
アレルギー	無・有（薬物 ）（食物 ）	
視力	普通・見えにくい・見えない / 眼鏡 無・有	
聴力	普通・聞こえにくい・ほとんど聞こえない／補聴器 無・有（ ）	
言語障害	無・有（障害程度 ）	
麻痺	無・有（部位 ）装具／無・有（ ）	
浮腫	無・有（部位 ）	
処置内容	無・有／褥瘡・軟膏・目薬・貼り薬・吸入・インシュリン・吸引・酸素・点滴 部位・処置内容：（ ）	
入所日／特記事項		
		記載者（ ）

経管栄養での注入をされている方にお尋ねします。

以下について記載して下さい。

経管栄養	経鼻 ・ 胃ろう その他 / (次回交換日 ( ))
注入食の名称 (栄養剤の名前)	
注入時間	朝 ( 時頃～ 時頃まで) 昼 ( 時頃～ 時頃まで) 夕 ( 時頃～ 時頃まで)
注入する栄養量	朝 ( kcal) 昼 ( kcal) 夕 ( kcal) その他 /
白湯量	朝 ( ml) 昼 ( ml) 夕 ( ml) その他 /
注入食に トロミ剤をつけて いる	無・有 その他 /
注入の方法	
内服	懸濁ボトル・注射器・栄養剤と一緒に混ぜて入れる その他 ( )
栄養剤	ボトル・注射器・加圧バック その他 ( )
白湯	ボトル・注射器・栄養剤と一緒に混ぜて入れる その他 ( )
注入時の姿勢	ベッド上・車椅子・リクライニング式車椅子
注入時において注意事項等があれば記載して下さい	
その他特記事項	

入所日 / 特記事項	
---------------	--