

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(不眠な理由) (睡眠時間/約 時間位)	眠剤服用時間
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	
食事	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・ベット上	
平均摂取量	主食 (割位) 副食 (割位) 栄養補助食品等: ()	
飲み物	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 c c)	
療養食	糖尿食 (カロリー) 減塩食 (g) その他 ()	
食事の形態	主食/ 米飯・軟飯・おかゆ(全粥・五分・七分) ペースト 副食/ 普通・軟菜・一口大・荒刻み・きざみ・ペースト	
嗜好品	好きな物 () 嫌いな物 ()	
嚥下障害	無・有 とろみ剤使用/無・有【ウスターソース状・ポタージュ状・はちみつ状】 その他 ()	
排泄	尿意(無・有) 不明 便意(無・有) 不明	最終排便
	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 ()	(月 日)
	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:ほぼ毎日である・2～3日に1回位・便秘である *便秘時、薬剤使用状況、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	
洗面・うがい	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 ()	
義歯	無・有(総義歯/上・下) (部分義歯/上・下)	
入浴	・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)
更衣	・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	
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 どの位、立位保持できますか？（ ）分位	
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	・介助者を呼べる（ナースコール・声・その他） ・一人では危険なのに、一人で動いてしまうことがある	
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 ・意志疎通難しい	
物忘れ等 :物忘れがある(内容:) ・目的もなく動きまわる(日中・夕方・夜中)・一人でしゃべっていることがある(日中・夜間) ・大声を出すことがある(日中・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 ()		
転倒・転落歴	無・有(最近、何処で?)	
ナースコール	・ナースコールを押して介助者を呼べる ・一人では危険なのに、ナースコールをせず、一人で行動することがある	入所後 センサー使用
センサー使用 安全対策等	無・有(種類)	無・有 ()
センサーの必要な理由と鳴る頻度()		
【身体状況】	身長()cm 体重()kg	【 kg】
感染症	無・有／HCV(+・-) HB(+・-) Wa(+・-) MRSA(+・-)	
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・浣腸 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 (m l) 昼 (m l) 夕 (m l) その他 /
白湯量	朝 (m l) 昼 (m l) 夕 (m l) 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	ベット上・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	
---------------	--