



日常生活動作能力について

②

ご利用者の日常生活について、あてはまる事項を「○」でかこんで下さい。

記入日 年 月 日

ご記入者 家族（同居・別居） / 施設・病院（看護・介護）

ご利用者 様 （男・女） 病院・施設名

記入者名 電話番号

寝返り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	(備考)
起き上り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
座位	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 背もたれ付での座位保持（1時間以上可 ・ 30分位可 ・ 15分可）	
立上り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
立位	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
車椅子	操縦（自分でできる・短距離可・手伝う） 乗り降り（自立・見守り・一部介助・全介助）	
歩行	独歩・杖・歩行器・つたい歩き / 階段昇降：自立・見守り・一部介助・全介助 ふらつき（あり・なし） / 転倒した事が（ある・ない）	
食事形態	常食・おかゆ ・ 流動（ミキサー・経管栄養・胃ろう） ・ きざみ ・ その他	
食事	自分でできる・途中から手伝う・全介助・（お箸・スプーン・自助具） 食欲（有・無） 割 制限食（ kcal / その他 ） むせこみ（なし・あり）←ありの方 とろみ（要・不要）	
歯	入れ歯（総（上・下）・部分（上・下）・無） 歯磨き（自立・一部介助・全介助） / 入れ歯の調子（良・不良）	
排泄	日中： 自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器 おむつ（紙・パンツ式・尿取りパット）	
	夜間： 自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ・尿器 おむつ（紙・パンツ式・尿取りパット）	
	失禁（たびたび有り・時々有り・なし） 尿意（有・無） / 便意（有・無） バルーンカテーテル ・ 人工肛門 ・ 人工膀胱	
衣類着脱	自分でできる ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全介助 / 衣類管理（可・不可）	
入浴	自分でできる ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全介助 / 入浴拒否（ある・時々・ない） （施設入所中の方 → 一般浴・中間浴・特浴）	
聴力	日常生活に支障ない・大きな声で聞こえる・聞こえない 補聴器（使用・未使用） / 補聴器の脱着（可・不可）	
視力	日常生活に支障ない・見えにくい・輪郭が見える・見えない（右・左） 眼鏡（使用・不使用）	
睡眠	良眠・不眠 / 眠剤（使う・使わない）	
言語	問題なし・聞き取りにくい・聞き取れない・話せない	
呼び方法	ナースコール（押せる・押せない） 声・物（呼び鈴・その他）	
褥瘡	無・有（大きさ / 深さ / 処置内容）	

精神状態などについて

ご利用者の精神状態などについて、あてはまる事項の口にチェックをつけて下さい。

金銭の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
周囲への関心	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない		
他者の話を理解する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない		
自分の名前を答える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
生年月日や年齢を答える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	大声を出す	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
直前にしていた事を思い出す	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	「家に帰る」等と言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
物を盗まれたなど被害的になる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	外出すると家・病室等に一人で戻れなくなる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
作り話をして周囲に話す	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
実際にはないものが見える	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	物を集めたり無断で持っていく	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
実際にはない音が聴こえる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	火の始末や火元管理が出来る	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	物や衣類を壊したり破いたりする	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
不眠あるいは昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	不潔な行為をする	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
暴言や暴行	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	食べられないものを口に入れる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない	周囲が迷惑する性的行動	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない
特記事項（具体的な問題行動の例をご記入下さい）			