

日常生活動作チェック表

※該当項目に○をつけて下さい

様 ( ) 歳) 介護度 ( ) 負担割合 ( )

記入日: 20 年 月 日

記入者: 関係:

身 体 状 況	視力	→普通 大きな字なら 見えない 眼鏡 有・無 聴力 →普通 大きな声なら 補聴器 有・無		
	発語	→普通 大きい声 小さい声 (聞き取れる・聞き取れない)		
	歩行 (移動)	付添いなし	→独歩 1本杖 4本杖 歩行器	
		付添いあり	→1本杖 4本杖 歩行器 車椅子の自操 (可・不可)	
		一部介助	→1本杖 4本杖 歩行器	
		不可	→注意事項・装具等の有無 ( )	
	立位	→支えなしで可 何かにつかまれば可 介助があれば可 不可 立位保持時間 →約 分		
	座位	→支えなしで可 何かにつかまれば可 不可 座位保持時間 →約 分		
	寝返り	→支えなしで可 何かにつかまれば可 介助があれば可 不可		
	乗り移り	→見守りなし 見守りあり 一部介助 全介助 乗り移り時やベッド上からの転倒・転落経験 →有・無		
生 活 状 況	食 事	主食	ご飯 軟飯 お粥 パースト 副食 常食 刻み 軟菜 パースト	
		胃ろう	→使用・不使用 号数 Fr その他 ( )	
		食事摂取量	ほぼ全量 少なめ → (主食:約 割、おかず:約 割) 食事ムラ:有・無	
		食事によるむせ込み・誤嚥	→有・無 水分・飲水によるむせ込み・誤嚥 →有・無 水分トロミ有・無	
		食事制限	無・有	一般食 制限 ( ) 卵 蛋白 g 塩分 g 脂質 g
				治療食 制限 ( ) 卵 蛋白 g 塩分 g 脂質 g
	食事介助	無・有	声かけ 一部介助 全介助 はし・スプーン・フォーク・自器具・その他	
	アレルギー及び禁食	無 有 ( )	食事摂取時間 →約: 分	
	歯	義歯	無 有 上・下 (使用中 除去中)	
	精 神 状 況	排 泄	昼間	自立 (布パンツ・Dパンツ) 介助 (布パンツ・Dパンツ) ポータブル オムツ
夜間			自立 (布パンツ・Dパンツ) 介助 (布パンツ・Dパンツ) ポータブル オムツ	
ナースコール使用			不可 可	
		バルーンカテーテル	使用・不使用 ストマ 使用・不使用	
尿意		有 あいまい 無 失禁 無 有 頻度 ( )		
便意		有 あいまい 無 排便 順調 便秘傾向 → (下剤・浣腸等名、頻度 ( )		
入浴		自立 一部介助 全介助	入浴形態 → 一般浴 リフト浴 特浴 シャワー浴 清拭	
着脱		自立 一部介助 全介助		
睡眠		良眠 断続的 不眠	眠剤使用 無 有 (薬剤名等: ( )	
		ベッド たたみ		
口腔ケア	自分で 一部介助 全介助	義歯の管理 → 自己管理 施設管理		
	生活上の課題 解決すべき問題点等			
精 神 状 況	記憶	名前 (可 不可) 年齢 (可 不可)		
	意思疎通	普通 やや悪い 悪い		
	認知症	無 有 (徘徊 不潔行為 不穏状態 暴言 その他 ( )		
	問題行動	無 有 ( )		
	長谷川式スケール	/30		
	精神面における問題点 問題点に対する工夫等			
介 護 体 制	家族構成図		主たる介護者	自宅Tel
				携帯Tel
			性格、趣味、信仰、特技、日中の過ごし方等	
			喫煙 無・有	
医 療 体 制	主治医	ケアマネ		最近の入退院日付 20 年 月 日から
				(入退所) 20 年 月 日まで
			入院した医療機関名 (入所した施設名)	