

日常生活動作確認票

【提供先機関名】

□

記載日： 年 月 日

記載者： (職種：)

ご担当医 殿

ふりがな		性別		生年月日		生		歳
氏名	様							

身長	cm	体重	Kg					
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 人の顔がわかる	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 他()	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる	<input type="checkbox"/> 耳元で大声必要	<input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 言葉が不明瞭	<input type="checkbox"/> 発語なし				
理解力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> だいたい理解できる	<input type="checkbox"/> あまり理解できない	<input type="checkbox"/> 理解不可				
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> だいたい通じる	<input type="checkbox"/> あまり通じない	<input type="checkbox"/> 通じない				
麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 他()		
関節の拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 他()	
寝返り	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(柵使用)	<input type="checkbox"/> 自立(柵不要)		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(柵使用)	<input type="checkbox"/> 自立(柵不要)		
座位保持	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(柵使用)	<input type="checkbox"/> 自立(柵不要)		
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(柵使用)	<input type="checkbox"/> 自立(柵不要)		
立位保持	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(柵使用)	<input type="checkbox"/> 自立(柵不要)		
階段昇降	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立(柵使用)	<input type="checkbox"/> 自立(柵不要)		

食事	主食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ()分粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 他()	
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 他()	
	治療食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食	<input type="checkbox"/> カロリー制限: kcal	<input type="checkbox"/> 塩分制限: g			
		<input type="checkbox"/> 蛋白制限: g	<input type="checkbox"/> 水分制限: cc	<input type="checkbox"/> 他(制限:)				
	摂取動作	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立	摂取量	<input type="checkbox"/> 10割	<input type="checkbox"/> ()割
使用食器	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> 要エプロン	<input type="checkbox"/> 介護食器()			
むせこみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり	トロミ剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(水分)	<input type="checkbox"/> あり(食事)	
整容	歯磨き	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	洗面	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	整髪	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	ひげそり	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	つめきり	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	洗髪	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 寝台浴槽	<input type="checkbox"/> 中間浴槽	<input type="checkbox"/> 一般浴槽	<input type="checkbox"/> 他()	
着脱	上着	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	ズボン	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	靴下	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	履物	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり				
	形態(日中)	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> バルン	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> トイレ		
	形態(夜間)	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> バルン	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> トイレ		
	便意	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり				
	形態(日中)	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 差込便器	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> トイレ		
	形態(夜間)	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 差込便器	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> トイレ		
	下着種類	<input type="checkbox"/> オムツ(24時間)	<input type="checkbox"/> オムツ(夜間のみ)	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 綿パンツ+パット	<input type="checkbox"/> 綿パンツ		
	失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> あり				
	介助方法(日中)	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	介助方法(夜間)	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
移乗・移動	移動手段	<input type="checkbox"/> リクライニング	<input type="checkbox"/> 車椅子介助	<input type="checkbox"/> 車椅子自操	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 他()
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立			
	屋外移動	<input type="checkbox"/> リクライニング	<input type="checkbox"/> 車椅子介助	<input type="checkbox"/> 車椅子自操	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 他()
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 4点柵	<input type="checkbox"/> ミトン	<input type="checkbox"/> 安全ベルト	<input type="checkbox"/> つなぎ服	<input type="checkbox"/> 他()		
タバコは吸いますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	物忘れはありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	自分の名前はわかりますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
金銭管理はできますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	自分の年齢または生年月日がわかりますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
カッとしたりイライラしたりしますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	家族の名前はわかりますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
暴力を振るうことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	自分の家または住所がわかりますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
大きな声を出したりしますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	夜はよく眠れますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
幻想や妄想はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	昼と夜は区別できますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
一人でウロウロ歩き回りますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	集団生活はできますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
精神科病院への受診歴はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	ナースコールを理解し使用できますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			