

日常生活動作について

患者様氏名 _____ (男・女) 記入年月日： _____ 年 月 日
 年齢：() 歳 病院・施設名： _____
 身長：約 _____ cm 体重：約 _____ kg 記入者名・職種： _____ ()

※当てはまる事項に○をお願いします。詳細事項等がございましたら、備考または余白等にご記入ください。

移動	自立歩行可 → 独歩 杖利用(T字・4点) 歩行器利用 装具使用 伝い歩き 介助歩行 普通型車イス → 自操(可・不可) 端座位(可・不可) 安全ベルト使用(有・無) リクライニング車イス ストレッチャー
移乗	自立 見守り 一部介助 半介助 全介助
食事	経口摂取(自立・半介助・全介助) 制限食 _____ Kcal 減塩食 _____ g 蛋白 _____ g 主食(常食・軟飯・全粥・()分粥) 副食(常菜・キザミ・ミキサー・ペースト・ゼリー) 胃瘻【内容 _____ 形態 _____ 】→ 造設日 _____ 年 月 日 鼻腔栄養【内容 _____ 】 最終交換日 _____ 年 月 日
歯	自歯 自歯はなく義歯(部分義歯含む / 上・下) 自歯も義歯もしていない
排泄	トイレ(自立・介助) ポータブルトイレ(自立・介助) 尿器(自立・介助) オムツ リハビリパンツ 布パンツ パット(有・無) 失禁(有・無) 尿意(有・無) 便意(有・無) → 有で介助の場合(トイレ誘導・ナースコール対応) バルーン留置 → カテーテル交換頻度() 膀胱洗浄頻度() 膀胱瘻 → (造設日: _____ 年 月 日) ストマ → (造設日: _____ 年 月 日)
入浴等	入浴(歩行浴・機械浴・シャワー浴・清拭) 整容(自立・一部介助・全介助)
視力	普通 見えにくい(右・左) ほぼ見えない(右・左) 全盲 眼鏡使用
聴力	普通 聞こえにくい(右・左) 難聴(右・左) 補聴器使用(右・左)
麻痺等	【有・無】 上肢(左・右 / MMT /5) 下肢(左・右 / MMT /5) 失調(有・無)
ナースコール	押せる 押せない その他()
言語	失語症 構音障害 意思疎通方法 → ジェスチャー・筆談・その他()
理解度	問題なし ある程度可能 簡単な事のみ その場のみ 困難
認知症	認知症状(有・無) 問題行動(有・無) 見当識障害 記銘力障害 幻覚 幻聴 妄想 不穏 徘徊 昼夜逆転 易怒的 大声 独語 暴力 暴言 盗食 異食 放尿 排便 不潔行為 介護抵抗 帰宅欲求 抑制 → 胴・手・ミトン・センサー・4点柵・その他()
高次脳機能障害	【有・無】 注意力障害 記銘力障害 半側空間無視(右・左) 失行 失認 その他()
体位交換	【有・無】 回数 _____ 回/日 または 頻度 _____ 時間ごと
褥瘡	【有・無】 部位() 大きさ _____ × _____ 深さ _____ ポケット(有・無) 処置方法() エアマット使用(有・無)
医療行為	酸素(ℓ) 吸引(回/日) 点滴 IVH・CV(ポート 有・無) 気管切開 → カニューレ【種類 _____ サイズ・内径 _____ 】 人工透析 人工呼吸器 → (使用開始日: _____ 年 月 日)
感染症	HCV() HBs() 梅毒() 疥癬() MRSA もしくはその他多剤耐性菌() 部位【鼻腔・喀痰・褥瘡・尿・その他()】
備考	