

日常生活動作調査表

介護老人保健施設ケアパーク茅ヶ崎

令和 年 月 日 記入者 続柄 ()

利用希望者名 様 年齢 歳 男・女 要介護度 ()

※該当する箇所には○をつけてください。 の項目全てご記入ください。

1. 食事・水分摂取について

食種	常食 制限食 (糖尿病食 カロリー / 減塩食 g / その他)					
形態	主食	米飯	全粥	五分粥	流動(ミキサー)	おにぎり
	副食	普通	一口大	刻み	みじん	ミキサー
補食	高カロリー補食(有・無) おやつ(有・無) その他 ()					
摂取方法	自立 一部介助 全介助 / エプロン(使用・未使用)					
	箸 スプーン フォーク 自助具 手掴み / コップ 吸い飲み ストロー付					
摂取量	良好(全量・主食/副食のみ全量) ・ 不良					
嚥下 (飲み込み)	できる むせ込みあるもできる 見守り(指示も含む) できない					
	とろみ使用 (有・無)					
義歯	無 (自歯 有・無) / 有 (上・下 / 部分義歯・総義歯)					
食物アレルギー	無 有 ()					
備考						

2. 排泄について

尿意	ある	時々ある	ない	意思表示	自ら訴える	声をかければ訴える	自らは訴えない
便意	ある	時々ある	ない	意思表示	自ら訴える	声をかければ訴える	自らは訴えない
排泄 (日中)	方法	自立 失敗するも自分でできる 連れて行けばできる トイレにて一部介助が必要 常にオムツ 人工肛門造設 蓄尿袋留置					
	場所	トイレ ポータブルトイレ 尿器 その他 ()					
	回数	昼 () 回 定時誘導又は交換 ナースコール対応					
	オムツ種類	紙おむつ リハビリパンツ パット フラット 布パンツ					
排泄 (夜間)	方法	自立 失敗するも自分でできる 連れて行けばできる トイレにて一部介助が必要 常にオムツ 人工肛門造設 蓄尿袋留置					
	場所	トイレ ポータブルトイレ 尿器 その他 ()					
	回数	夜 () 回 定時誘導又は交換 ナースコール対応					
	オムツ種類	紙おむつ リハビリパンツ パット フラット 布パンツ					
備考							

3. 入浴について

洗身	自立	一部介助	全介助 ()
洗髪	自立	一部介助	全介助 ()
浴槽	一般浴	中間浴	特殊浴 清拭のみ シャワーのみ ()
備考			

4. 洗面・更衣・口腔ケアについて

洗面	自立	見守り指示	一部介助	全介助 ()
更衣	自立	見守り指示	一部介助	全介助 / 衣類の準備(できる・できない)
口腔	自立	見守り指示	一部介助	全介助 / 義歯の管理(できる・できない) 歯ブラシ(する・しない・うがいのみ) / うがい(できる・できない)
備考				

5. 基本動作について

視力	普通	見えにくい	見えない	／眼鏡	(使用・不使用)
聴力	普通	聞こえにくい	聞こえない	／補聴器	(使用・不使用)
ナースコール	自ら押す	押さない	押せない	コミュニケーション	自発的にする 声をかけられればする 全くしない(できない)
寝返り	自立	一部介助	全介助	起き上り	自立 一部介助 全介助
座位	自立	一部介助	全介助	座位時間	長時間可 ずり落ちる 座れない
立位	自立	つかまれば立てる	一部介助	全介助	補装具 (有・無)
歩行	歩ける つかまれば歩ける(杖・歩行器・てすり・シルバーカー・他_____) 歩けない 車椅子(使用・不使用)／自操(可・不可)／安全ベルト(有・無) 転倒(よくする・時々する・殆どしない・全く無い)→骨折の経歴(有・無)				
移乗	自立	一部介助	全介助	身長・体重	cm kg
階段昇降	行う(自立 一部介助)	行わない	外出	行う	行わない
屋外移動	行う(自立 一部介助)	行わない	備考		

6. 医療・健康について

麻痺の有無	無	有(部位_____)			
拘縮	無	有(部位_____)			
床ずれの有無	無	有(部位_____ 大きさ・程度_____)			
皮膚疾患	無	有(部位_____ 大きさ・程度_____)			
常時使用薬剤	内服薬	無 有(_____)			
	外用薬	無 有(_____)			
薬の管理	自立	一部介助	全介助	薬アレルギー	無・有(_____)
備考					

7. 心理・社会面について

会話	可能	なんとか可能	できない	／意思疎通(問題なし・ある程度可能・困難)
今いる場所は	わかる	時々間違える	何時も間違える	わからない
時間は	わかる	時々間違える	何時も間違える	わからない
情緒	普通	時々不安定	不安定	表出しない
意欲	普通	気が向けば	指示があれば	無関心
私物の整理	できる	しまった事を忘れる	他人の物と区別できない	できない
金銭の管理	できる	付き添いがあれば可能	できない	
睡眠	睡眠状態(よく眠れる・時々起きる・頻繁に起きる・眠れない) いびき(有・無) 眠剤(要・不要) 昼夜逆転(有・無) 夜間声出し・寝言等(有・無) 環境(布団・ベッド) エアーマット(有・無)			
家事	役割が有る(_____) 特にない			
備考				

8. 認知症の程度・症状について

認知症の程度	軽度	中度	高度	なし
問題行動	徘徊 帰宅願望 暴言 暴力 大声 奇声 独語 盗食 異食 過食 幻覚 妄想 不潔行為 放尿 放便 収集癖 介護拒否 性的行動			
上記行動の詳細				

9. リハビリについて

PT	個別	筋トレ(上肢・下肢・体幹) 屋外歩行	担当者からコメントをお願いします
	集団	歩行(杖・歩行器・手引き・平行棒)	
OT	個別	ROM-ex 起居動作 ADL 家事	
	集団	巧緻性 レク 作業活動 温熱 階段昇降	
ST	個別	言語(失語・dys) 摂食・嚥下	担当者名: _____
	集団	高次脳 レクレーション	