

日常生活動作票（介護）

患者氏名 _____ 性別 男性 ・ 女性 年齢 _____ 才
 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 要介護 1. 2. 3. 4. 5. 区変中
 家族支援体制および転院への理解

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他（ ）			
内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粗キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他（ ）			
方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		むせ込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
移動	歩行	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可		
	用具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 不可		
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可		
	トランス	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可		
	起座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 柵あれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	座位保持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵あれば可）		
	立位動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可		
	立位保持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵あれば可）		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（ <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ）			
	<input type="checkbox"/> Pトイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助） <input type="checkbox"/> 尿器（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助）			
	尿意（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	尿失禁（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	<input type="checkbox"/> バルーン（ Fr ）	
	便意（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	便失禁（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	<input type="checkbox"/> ストマ	
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ		
更衣	更衣（上衣）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣（下衣）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部自立 <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠（眠剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・薬剤名 _____）			
障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語（ ） <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 麻痺）			
部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
痴呆	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 意欲低下		
		<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 記銘力障害 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> オムツ外し		
		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
特記事項				
以上 宜しくお願いいたします。尚、ご不明な点がございましたらご連絡ください。 医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ ファックス _____ 作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記載者 _____ 印				