

日常生活動作調査票 デイサービスセンター梅ヶ丘

記入日 令和 8 年 月 日 記入者：(職種：)

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> 不明
他サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				

【家族の状況】

<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 同居	主介護者	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
--	------	---

【介護上の注意点など】

--

【健康状態】

視力	眼鏡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
右	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 新聞の字OK <input type="checkbox"/> テレビOK <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> 殆ど見えない
左	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 新聞の字OK <input type="checkbox"/> テレビOK <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> 殆ど見えない
聴力	補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
右	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> なし 聞こえ方 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや大声 <input type="checkbox"/> 耳元)
左	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> なし 聞こえ方 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや大声 <input type="checkbox"/> 耳元)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 普通に会話 <input type="checkbox"/> 簡単な会話が可能 <input type="checkbox"/> 意思の疎通困難
麻痺	<input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 左半身 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)

【移動（室内）】

移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助歩行 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 介助)
------	---

【移動（屋外）】

移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助歩行 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 介助)
------	---

【起き上がり動作】

介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
----	---

【立ち上がり介助】

介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
----	---

【移乗動作】

介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
----	---

【更衣】

上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

【 排 泄 】

日 中	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 尿器	
	介 助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	尿 意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	便 意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	失 禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排便コントロール	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	排便	日なし 対応方法：

【 食 事 】

食事形態	主 食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥	
	副 食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 大サイコロ <input type="checkbox"/> 小サイコロ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース	
アレルギー・禁食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
食事量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 小食	栄養補助食品：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
食事状況	<input type="checkbox"/> 自己(箸) <input type="checkbox"/> 自己(スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 姿勢(椅子) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上横臥 <input type="checkbox"/> ベッド上半座位		
咀嚼・嚥下困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり	トロミ：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 総入れ歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)		
自助食器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	エプロン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

【精神状況】

記憶障害	<input type="checkbox"/> 今のことをすぐ忘れる <input type="checkbox"/> 半日程度覚えている <input type="checkbox"/> 1日たつと忘れる <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 生年月日が言える <input type="checkbox"/> 生年月日が言えない <input type="checkbox"/> 年齢が言える <input type="checkbox"/> 年齢が言えない		
失見当	<input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 部屋を出ると迷うことがある <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
徘徊	<input type="checkbox"/> 目的地有 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不安(空腹) <input type="checkbox"/> 不安(寒さ) <input type="checkbox"/> 不安(トイレ) <input type="checkbox"/> 不安(その他)		
精神状態	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> せん妄(昼) <input type="checkbox"/> せん妄(夜) <input type="checkbox"/> 不潔行為(失禁) <input type="checkbox"/> 不潔行為(その他) <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 被害的念慮 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 理解力の著しい低下 <input type="checkbox"/> 物とられ妄想 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不定愁訴 <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> 意欲減退		
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり眠れない <input type="checkbox"/> 浅眠傾向 <input type="checkbox"/> 断眠傾向 <input type="checkbox"/> 不眠症(眠剤) <input type="checkbox"/> 不眠症(擬剤)		
昼寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時間帯： 時 ~ 時 頃)		

【 その他 】

転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (転倒歴ありの場合：転倒発生時の時間帯、状況など記載ください。)
-----	---

