

【日常生活状況調査票】

記載日：平成 年 月 日 現在

記載者 続柄・職種（ ）

利用者氏名	様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日生 (才)
-------	--------------------------

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 自立I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

身体機能状況	処置に関する特記事項	1 尿道カテーテル 2 人工肛門 3 インシュリン 4 胃瘻 5 鼻腔栄養 6 酸素療法 7 人工透析 8 褥瘡処置(部位:) 9 その他()							
	特記事項 その他	* 利き手 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 * 服薬方法 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 近距離見える <input type="checkbox"/> ほぼ見えない(右・左) <input type="checkbox"/> 判断不能()			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 <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> 判断不能()			補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(右・左)			
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		禁止食	()	
	会話	<input type="checkbox"/> 会話可 <input type="checkbox"/> 簡単な会話可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不良			言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(構音障害・失語・他)			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(内容) <input type="checkbox"/> 全介助					装具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
	方法	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き等 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()					注意事項	
		屋外	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き等 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()						
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手すり使用 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他()								
利用者の状況	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 不可(注意事項)							
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 不可(注意事項)							
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 掴まって可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 不可(注意事項)							
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 背もたれ有れば可 <input type="checkbox"/> 全介助 (注意事項)							
	食事	内容	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 療養食(食) <input type="checkbox"/> 塩分制限(g) <input type="checkbox"/> 水分制限(ml)						
		動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			トロミ:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(濃・中・薄・極薄)		
	形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他()				平均摂取量	(約 割)	
		副食	<input type="checkbox"/> かたち <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み(荒・細) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() (注意事項)						
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他		* 入浴動作 <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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助(内容) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 2人介助 (注意事項)							
*失禁(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無) *尿意(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無) *便意(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無)									
日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル等 (<input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他)								
夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル等 (<input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他)								
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助					体位変換	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助					睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転		
更衣	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			ボタンかけ	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> できない			
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			靴下着脱	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> できない			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			*義歯:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(上:総・部分)(下:総・部分)				
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			*洗顔:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助(おしぼり等) <input type="checkbox"/> 全介助				
特記事項	*センサー使用: <input type="checkbox"/> ウーゴ君 <input type="checkbox"/> 転倒むし <input type="checkbox"/> フットセンサー <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> その他()								
	*ナースコールの理解 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無)								
*ベット・車椅子からの転倒・転落歴 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) *直近3ヶ月以内 回(状況)									

* リハビリ	<input type="checkbox"/> 実施している（週 回）	<input type="checkbox"/> していない	リハビリに対する意欲	無 ・ 有
実施内容・実施注意点				

認知症状他	無 ・ 有： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ※ 留意点[]
	<input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 介護服 <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他（

* 理解力について				
①	毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 出来ない
②	生年月日が言える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 出来ない
③	直前にしていたことが思い出せる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 出来ない
④	自分の名前が言える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 出来ない
⑤	今の季節が理解できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 出来ない
⑥	自分いる場所が理解できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 出来ない

* 下記の症状・行為について				
①	物を盗られた等の被害妄想がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
②	作り話（事実と違う話）をする。周りにいいふらす。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
③	実際にはない物が見える・聞こえる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
④	泣いたり・笑ったり感情が不安定になる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑤	独り言・意味もなく独り笑いをする。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑥	周囲に迷惑となるような大声を出す。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑦	夜間不眠や昼夜逆転がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑧	暴言・暴行（怒鳴る・他者を叩こうとする）がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑨	何度も同じ話をする・聞く。不快な音をたてる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑩	介護を嫌がる、抵抗する。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑪	目的なく動きまわる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑫	家に帰りたいたと落ち着きがない・荷物をまとめる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑬	外に出ると戻れない・自分の部屋がわからない。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑭	一人で外へ出たがり、目が離せない。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑮	いろいろな物を集める、無断で持ってくる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑯	物を壊す。衣服を破く。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑰	不潔行為（オムツはずし・放尿等）がみられる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑱	食べられないものを 口に入れる。（異食）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑲	周囲が迷惑している性的な行動がみられる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
⑳	他者とのかわりを避け、引きこもりがちになる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある

* 特記事項（こだわり・困っている行動・心配ごと等）
