日常生活動作/介護状況確認表

年　　月　　日現在

氏　　名（　　様　）　性別（　男　・　女　）

生年月日（　明　・　大　・　昭　　年　　月　　日　／　　歳）

事業所名（　　）記入者名（　　）職種（　　）

※全ての項目に〇を入れて下さい。

身体状況	視　力		右）　普通　・　弱視　・　ほとんど見えない 左）　普通　・　弱視　・　ほとんど見えない　　眼鏡（ 有 ・ 無 ）
	聴　力		右）　普通　・　やや難聴　・　難聴 左）　普通　・　やや難聴　・　難聴　　補聴器（ 有 ・ 無 ）
	会　話		日常会話は可能　・　多少困難　・　言語障害がある　・　できない
	麻　痺		ある （ 右 ・ 左 ） ・ ない
	皮　膚		褥瘡（ 有・無 ）　疥癬（ 有・無 ）　その他皮膚疾患（ 有・無 ） 有の場合、部位・処置内容等具体的に〔　　〕
日常生活動作能力	寝　返　り		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助　　手すり（　有　・　無　）
	起き上がり		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助　　支持物（　要　・　不要）
	坐　位		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助 背もたれ（　要　・　不要　）　坐位に制限がある場合（　　）時間
	立　位		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助
	移　乗 (乗り移り)		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助
	移　動		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助 （ 歩行・つたい歩き・杖・歩行器・押し車・車椅子《標準・リクライニング》・寝台 ）
	食　事		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助
	排泄	日中	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ ナースコール使用（ 可能・不可能 ） （ トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ ・ 紙パンツ ・ パット ・ カテーテル ） 尿意（ 有・無 ）　尿失禁（ 有・無 ）　便意（ 有・無 ）　便失禁（ 有・無 ）
		夜間	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ ナースコール使用（ 可能・不可能 ） （ トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ ・ 紙パンツ ・ パット ・ カテーテル ） 尿意（ 有・無 ）　尿失禁（ 有・無 ）　便意（ 有・無 ）　便失禁（ 有・無 ）
	更　衣		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助
	入　浴		自立　・　見守り　・　部分介助　・　全介助　（　一般浴　・　機械浴　）
精神状況	認　知		記憶障害 ・ 失見当識 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 ・ 暴力 ・ 暴言 ・ 大声 ・ 火の不始末 その他　具体的に（　　） 離床センサー等の使用（　有　・　無　） 身体拘束（ 有 ・ 無 ）（　安全ベルト ・ つなぎ服 ・ミトン ・ その他　　）
	そ　の　他		幻覚　・　幻視　・　幻聴　・　他者とのトラブル　・　夜間の睡眠状況（　良　・　不良　） その他具体的に（　　）
利用上の問題点等			改訂長谷川式知能評価スケール（　　）／３０点 その他生活の様子、転倒歴、注意点など