

日常生活動作確認表

様 記入日 年 月 日

身体状況等	基礎情報	身長 cm 体重 kg(月 日現在)	体重の増減	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 (直近3ヶ月内)		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	切断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用				
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)				
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも				
	特記事項					
移動など	室内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	室外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度・時期・場所:)				
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		
	特記事項					
排泄	排泄	日 中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	ポータブル	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(夜間・日中・一日)	
		夜 間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		日 中	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ			
		夜 間	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ			
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間なし		
	尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ	便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ		
	夜間状況	就寝後の排泄回数(回)	トイレに行きたい反応・行動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		
特記事項						
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 車イス浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 自宅外(銭湯など)		
	特記事項					
食事	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	飲み込み	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない		
	むせ込み頻度	・ 回/年・ 回/月・ 回/週・ 回/日	水分ロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事内容	食 種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 糖尿病(kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食(g) <input type="checkbox"/> その他()			
		主 食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 麺	好きな食べ物	()	
	副 食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト	嫌いな食べ物	()		
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 補助食(高カロリードリンクなど)				
	摂取ムラ	<input type="checkbox"/> ムラなく食事量安定 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 声掛けがないと手が止まる				
	義 歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総義歯)				
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(<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ)					
特記事項						
行動	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 外出行動 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 他者トラブル <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
	(入院中の方は入院前情報)	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> オムツ外し <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗				
		<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> その他()				
特記事項	※別紙“精神状況確認表”を記入された方は行動障害の欄は無記入で構いません。					
医療	医療情報	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴				
	(過去1ヶ月)	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 床ズレ <input type="checkbox"/> ペースメーカー				
	特記事項					

記入者氏名 続柄

精神状況確認表

様 記入日 年 月 日

- 1 家族の名前と続柄を理解している (理解できる 時々理解できていない 理解できない)
- 2 その場でのコミュニケーションができる (できる 時々できていない できない)
- 3 ごく最近の短期記憶がある (できる 時々できていない できない)
- 4 ものを盗られたなど被害的になることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 5 襲われる・狙われている等被害的な発言がある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 6 お金に執着がありしつこく聞くことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 7 作話をし、周囲にいいふらすことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 8 見えない物が見えることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 9 聞こえない物が聞こえることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 10 気分不快や原因不明の痛みの訴えがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 11 感情が不安定で泣き出すことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 12 感情が不安定で怒り出すことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 13 怒りっぽく興奮しやすい傾向がある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 14 (日中)大声をだすことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
(夜間)大声をだすことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 15 職員を大声で呼ぶことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 16 手が出ることもある(暴力) (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 17 介護の拒否をすることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
 ある場合には(全般・トイレ・更衣・入浴・食事・コミュニケーション・男性職員・女性職員・医師)
- 18 物を壊す行為や衣類を破いてしまう事がある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 19 机を叩いたり、物を投げる行為がある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 20 家に帰りたと言うことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 21 外出しようとエレベーターに乗り込むことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 22 収集癖がある(物品名 _____) (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 23 他の人の部屋や隣家に入りトラブルがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 24 オムツを外してしまうことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 25 (日中)トイレ以外で排泄行為をすることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない (大・小・両方))
(夜間)トイレ以外で排泄行為をすることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない (大・小・両方))
- 26 (日中)トイレに行く回数が頻回である (1時間に1回以上 2時間に1回 3時間に1回以下)
(夜間)トイレに行く回数が頻回である (1時間に1回以上 2時間に1回 3時間に1回以下)
- 27 トイレに行くときはその都度排尿している (毎回出ている たまに出てない 出ない時が多い 不明)
- 28 しっかり睡眠が取れている(睡眠薬:あり なし) (良眠 たまに眠れない 寝れない日が多い 断続的に睡眠)
- 29 日中寝てしまっていることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 30 食べられないものを口にすることがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 31 他の方の食事に手を出すことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 32 促されても食事を食べないことがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 33 筋力低下の自覚がなく転倒する恐れがある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 34 徘徊行動がある (ある 時々ある ごくたまにある ない)
- 35 身体拘束の有無 (なし・安全ベルト・胴体抑制・ミトン・つなぎ服・センサーマット(手すり・床・赤外線))
 上記拘束の時間及び理由()

24時間生活リズム表(睡眠時間・食事時間・トイレ等)

0:00	AM	12:00	PM	0:00

記入者氏名 _____

続柄 _____

病院・施設名 _____

きよせ認知症ケアセンター