

《日常生活動作状況》

患者氏名 _____ 様 生年月日 M・T・S 年 月 日 () 歳

機関名 _____ 記載日 R 年 月 日 [職種 () 記載者 ()]

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 自立歩行 ・ 歩行見守り ・ 杖歩行 ・ 装具 ()	
	<input type="checkbox"/> 車椅子 自走 ・ 一部介助 (介助内容:) ・ 全介助	
	<input type="checkbox"/> 寝たきり (寝返り→ 可 ・ 不可) <input type="checkbox"/> 自発開眼 <input type="checkbox"/> 呼びかけにて開眼 <input type="checkbox"/> 痛みにて開眼 <input type="checkbox"/> 開眼なし	
栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取 摂取 → 自立 (箸 ・ スプーン) ・ 一部介助 ・ 全介助 / 内容 → 一般食 ・ 特別食 () 主食: 米飯 ・ おかゆ / 副食: 普通 ・ 刻み ・ ゼリー食 ・ ムース食 ・ ミキサー食 ・ その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	造設日: R 年 月 日 次回交換日: R 年 月 日 メーカー () タイプ () 製品名 () シャフト径 (Fr) / シャフト長 (cm) ●経管栄養の場合、投与している栄養剤 ()
	<input type="checkbox"/> PPN (24時間キープ ・ それ以外)	
	<input type="checkbox"/> TPN 挿入部位 → () 挿入部の長さ → (cm)	
排泄	日中: 自立 ・ トイレ誘導 ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ リハビリパンツ ・ おむつ ・ バルーンカテーテル 夜間: 自立 ・ トイレ誘導 ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ ・ リハビリパンツ ・ おむつ ・ バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう (造設日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 人工肛門 (造設日: 年 月 日)	
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
入浴形態	一般浴 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ リフト浴 ・ ストレッチャー浴 ・ 清拭	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 正常に会話ができる <input type="checkbox"/> 会話に混乱がある <input type="checkbox"/> 混乱した単語のみ <input type="checkbox"/> 理解不能の音声のみ <input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> その他 ()	
身体状況	身長: cm 体重: kg 言語障害 (無 ・ 有) 視力 () 聴力 () 義歯 (無 ・ 有) <input type="checkbox"/> 麻痺 部位 (部) 書字 (可 ・ 不可) <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位 (部) 大きさ (cm × cm) 処置内容 () 部位 (部) 大きさ (cm × cm) 処置内容 ()	
精神面 など	いずれかに必ずレ点をお願いします。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間不穏 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 ※精神面の具体的エピソードをご記入をお願いします <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 離棟	
感染症	<input type="checkbox"/> 結核既往歴 (年 月頃) 該当するものがある場合、検査データをご添付ください。 <input type="checkbox"/> HBV (+ ・ - ・ 未検) +の場合、その詳細 → () 検査日: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> HCV (+ ・ - ・ 未検) +の場合、その詳細 → () 検査日: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> MRSA (+ ・ - ・ 未検) より検出 検査日: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 梅毒 (+ ・ - ・ 未検) 検査日: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 疥癬 (+ ・ - ・ 未検) 検査日: R 年 月 日 ※皮膚症状 無 ・ 有 (部位: 症状:)	
禁忌・ アレルギー	無 ・ 有 ※有の場合記載をお願いします ()	
医療行為他	<input type="checkbox"/> 気管切開 (年 月 日施行) <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min 在宅酸素: 無 ・ 有) <input type="checkbox"/> 痰 : 自己喀出可 ・ 定期吸引なし ・ 吸引 (約 回/日) <input type="checkbox"/> ペースメーカー (年 月 日植込) <input type="checkbox"/> 輸血歴 (年 月 日 / 量: 成分:) <input type="checkbox"/> 身体拘束 部位 () 手段 () / 部位 () 手段 () <input type="checkbox"/> 禁忌事項 ()	
意識レベル (JCS)	: I-1 I-2 I-3 II-1 0 II-2 0 II-3 0 III-1 0 0 III-2 0 0 III-3 0 0	
意識レベル (GCS)	: 開眼 (点) 言語反応 (点) 運動反応 (点) 合計 (点)	
認知症老人日常生活自立度	: I II a II b III a III b IV M	
障害老人日常生活自立度	: J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
精神科 入院歴	<input type="checkbox"/> 有 直近の入院機関名 () <input type="checkbox"/> 無 入院形態: 任意 ・ 医療保護 (家族等: 続柄:) ・ その他の入院形態 ()	