

# 日常生活について

氏名	男・女 様	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
			障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)
			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

身長	cm	性格	職歴	
体重	kg	趣味	嗜好	飲酒 <input type="checkbox"/> 有 ( 本 / 日・年間 ) <input type="checkbox"/> 無 喫煙 <input type="checkbox"/> 有 ( 本 / 日・年間 ) <input type="checkbox"/> 無

ADL	移動	内容	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補助用具(シルバーカー・歩行器・その他： )				
		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				
		操作	<input type="checkbox"/> 自操可 <input type="checkbox"/> 不可				
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助				
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		座位保持	<input type="checkbox"/> 可 ( 時間程度 ) <input type="checkbox"/> 不可				
		立位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可				
		転倒落の既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	コメント						
	睡眠	睡眠時間	時間				
		内容	<input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> 布団				
		状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用(使用薬剤： )				
	コメント						
	摂食	食事	内容	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥( 粥 ) <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ 治療食： <input type="checkbox"/> 有 ( 減塩食・糖尿病食・その他： _____ 食 / Nacl g : _____ kcal ) <input type="checkbox"/> 無			
			介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
摂取量			主食： _____ 割 / 副食： _____ 割				
使用物品			<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自助具(本人持参・施設食器 / 使用具： )				
むせ込み			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
嚥下			<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難 ( トロ剤使用 / 有・無 )				
アレルギー			<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無				
食思			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
コメント							
口腔		内容	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(部分入歯・総入歯 / 自歯 本あり) <input type="checkbox"/> 自歯も義歯もない				
	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					
	コメント						
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 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )					
	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 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 尿パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )					
	失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無					
	頻度	日中： _____ 回程度 / 夜間： _____ 回程度					
	コメント						
更衣	内容	◆上衣の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ◆下衣の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ◆ボタンのかけはずし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ◆靴下の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	コメント						
清潔	内容	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リト浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴不可 <input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 訪問入浴( _____ 回 / 週・月)					
	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	コメント						
リハビリ	実施内容						
	状況						

# 心身の状態について

心身の状態	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左)	状態			
	関節拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	<input type="checkbox"/> 右(肩・肘・手・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 左(肩・肘・手・股・膝・足)	状態			
	言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度	<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> その他( )	状態			
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	状態			
			補助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他( )				
	視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他( )	状態			
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	状態					
	精神症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	状態					
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	程度	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	認知関連データ	HDS-R	点( 年 月 日実施)	
						MMSE	点( 年 月 日実施)	
認知機能	周辺症状		状態		周辺症状		状態	
	<input type="checkbox"/>	被害妄想			<input type="checkbox"/>	収集癖		
	<input type="checkbox"/>	暴言・暴力			<input type="checkbox"/>	昼夜逆転		
	<input type="checkbox"/>	落ち着きがない			<input type="checkbox"/>	徘徊		
	<input type="checkbox"/>	作り話をする			<input type="checkbox"/>	帰宅願望		
	<input type="checkbox"/>	同じ話を何度もする			<input type="checkbox"/>	不潔行為		
	<input type="checkbox"/>	幻聴・幻視			<input type="checkbox"/>	異食・盗食		
	<input type="checkbox"/>	大声を出す			<input type="checkbox"/>	破損行為		
	<input type="checkbox"/>	一人で出たがる			<input type="checkbox"/>	性的トラブル		
	<input type="checkbox"/>	感情不安定			<input type="checkbox"/>	無関心な状態		
<input type="checkbox"/>	介護抵抗			<input type="checkbox"/>	その他			
コメント								

余暇の過ごし方(テレビ観賞・囲碁・将棋・昼寝など、日中の過ごし方を記入してください。)

【特記事項】

【施設名】: < 病院・施設・居宅支援事業所・その他( ) >

【記載日】: 令和 年 月 日 【記載者】職名: / 氏名: