

〔日常生活動作チェック表〕

記入日 令和 年 月 日

生活状況

利用者氏名

様

記入者

移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 用具なし [<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 用具あり (用具:) [<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 () [移乗] <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容:)	
食事	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 () <input type="checkbox"/> 胃ろう () <input type="checkbox"/> その他 ()	
		[主食] () 割	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他 ()
		[副食] () 割	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()
	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [トロミ剤 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり]	
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 (内容:)	
	制限	<input type="checkbox"/> カロリー (kcal) <input type="checkbox"/> 塩分 (g) <input type="checkbox"/> 水分 (ml)	
		<input type="checkbox"/> 禁食 (理由:) <input type="checkbox"/> 食品アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()	
排泄	排尿	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容:) 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()
			[方法] <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()
		夜間	[物品] <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()
			[頻度] () 回 [失禁] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎回
	排便	日中	[方法] <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()
			[物品] <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()
		夜間	[頻度] () 回 [失禁] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎回
			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容:) 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()
	[方法] <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	[物品] <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	[頻度] () 回 / () 日 [失禁] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎回		
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 () () 回/週		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
認知症	もの忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度:)	
	会話	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 一部成立 () <input type="checkbox"/> 不成立 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	行動障害	<input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 異食	
		<input type="checkbox"/> 不穏 () <input type="checkbox"/> 不潔行為 () <input type="checkbox"/> 介護拒否 () <input type="checkbox"/> 拒食・拒薬	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用できる <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 使用できない <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)		
活動量	[離床時間] 時間/日 [日中の過ごし方] ()		
	[生活リズム] <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 日中傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> その他 ()		

身体状況

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・程度:)		
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・程度:)		
視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 (程度:) 点眼: ()		
聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 (コミュニケーション方法:)]		
言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (コミュニケーション方法:)		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他 ()		
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [部位 () 大きさ (×) グレード () 処置 ()]		
医療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吸引 (日中 回 夜間 回) <input type="checkbox"/> インスリン (朝 単位・昼 単位・夕 単位・眠前 単位)		
	<input type="checkbox"/> 酸素 (l/min) <input type="checkbox"/> 薬品アレルギー () <input type="checkbox"/> リハビリ (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 [年 月 日]		

備考	
----	--

介護老人保健施設
虹が丘リハビリケアセンター