

<日常生活調査票>

本人氏名 _____ 様
 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

M・T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳
 記入者 _____ ()

*()内は病棟名・続柄をご記入ください

*当てはまる箇所に○を付けてください	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	身長	体重
						cm	kg
移動	屋内					福祉用具	無・有→杖・シルバーカー・歩行器・車いす 自操(可・不可)
	屋外					装具	無・有(部位_____)
	階段昇降					転倒リスク	無・有 転倒歴 無・有(いつ頃_____)
起居動作	寝返り					抑制	胴抑制・安全ベルト・4点柵・ミトン・つなぎ服
	起上がり						センサー(離床・フット) 時間帯(_____)
	座位					褥瘡	無・有(処置内容_____)
	立上がり						(部位_____)(大きさ_____cm×_____cm)
	移乗					麻痺・拘縮	無・有(_____)
立位					留意事項(_____)		
食事	摂食方法					食事形態	主食: 米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥 副食: 形・一口大・5分キザミ・キザミロミ・ミキサー
	総カロリー				kcal	水分	トロミ(有・無) 制限(_____cc/日) 水分平均(_____cc/日)
嗜好	好きな物					むせ込み	無・有 摂取量平均(_____割) 摂取時間(_____分)
	嫌いな物					使用用具	箸・スプーン・フォーク・エプロン・自助食器(_____)
							留意事項
排泄	日中					排泄場所	トイレ(終日・日中のみ)・居室(トイレ・尿器・ベッド上)
						排泄用具	布パンツ・リハビリパンツ・パット オムツ(終日・夜間のみ)・パルーン・ストマ
	夜間					尿意(有・無) 便意(有・無) 排泄回数(日中約_____回・夜間約_____回)	
						失禁	無・有 トイレの場所(分かる・分からない・不明)
整容					自分で出来るものに○を付けて下さい * 洗顔・歯磨き・義歯の手入れ・髭剃り		
更衣					動作協力(無・有) 拒否(無・有)		
入浴						個浴・一般浴・チェアー浴・ストレッチャー浴・清拭	
						拒否	無・有(時折・常時)
家事					物品管理	可・不可	
内服薬					留意事項(_____)		
睡眠	状態					良好・時々不眠・不眠 眠剤服用 無・有(_____)	
	その他					(ベッド・低床) 臥床時の見守りやベッド出しの必要(無・有)	
視力						正常・障害有(左・右)・全盲 白内障・緑内障 点眼薬(処方内容_____)	
聴力						正常・障害有(左・右・両方) 難聴(軽・中・重) 補聴器(無・有)	
言語						無・有 構音障害 失語症 その他(_____)	
皮膚状態						良・不良(_____) 塗布薬(_____)	
意思疎通						良好 その場合は可能 簡単な指示に対する理解あり 困難 難聴・失語症などにより配慮が必要 ナースコールの理解(無・有)	
認知症						無・年相応・有(軽・中・重) HDS-R(_____) MMSE(_____)	
周辺症状						盗食・異食 昼夜逆転 帰宅願望 収集癖 危険予測不可 幻覚・妄想 徘徊 放尿・放便 介護拒否 暴言・暴力・大声	
*上記の具体的な症状及びその他具体的症状(対応方法等あればご記入ください)							
*家族図…男→□ 女→○ 本人→2重 死去→×						主介護者氏名	続柄(_____)
						キーパーソン	続柄(_____)
*ご家族様介護状況							