

入所利用 日常生活状況調査票

記入日 年 月 日

氏名	性別	年齢	要介護度
様	男・女	歳	

ご記入者
続柄・職種【 】

認知症高齢者の日常生活自立度	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	V
障害高齢者の日常生活自立度	正常	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1 C 2

基本動作

移動	屋内	独歩 手引き 杖 四点杖 歩行器 シルバーカー 車椅子	その他特記事項
		自立 見守り 一部介助 () 全介助	
	屋外	独歩 手引き 杖 四点杖 歩行器 シルバーカー 車椅子	
		自立 見守り 一部介助 () 全介助	
	階段昇降	自立 手すり使用 見守り 要介助 不可 その他()	
移乗	自立	声かけ 見守り 一部介助 () 全介助 (1人・2人)	
起き上がり	自立	つかまれば可 一部介助() 全介助	
座位保持	自立	背もたれ・掴みで可 全介助 (クッション等の使用 無・有)	
立ち上がり	自立	つかまれば可 一部介助() 全介助	
立位保持	自立	つかまれば可 一部介助() 全介助	
寝返り	自立	声かけ つかまれば可 一部介助 () 全介助	

転倒歴

ナースコール理解	無・有	状況
転倒・転落歴	無・有	
頻度	直近3ヶ月以内 回	
対策	体幹 安全ベルト 4点柵 センサー (種類:)	
	ステーション近くの居室へ移動 その他()	

食事摂取

食事	自立 声かけ 見守り 見守り 一部介助 () 全介助	トロミの目安
食形態	主食 () 副食 () 経管栄養 無・有	
水分	一日の水分摂取量 ml (平均)	その他特記事項
	水分制限 無・有 ml トロミ 無・有	
摂取状況	良好 ムラ有 不良 平均摂取量 (約 割)	
摂取時間	分くらい むせ込み 無・時々・有 状態()	
治療食	無・有 糖尿病食 kcal 減塩食 g その他()	
アレルギー	無・有 () 禁止食 無・有 ()	
嗜好	好きなもの 嫌いなもの	
自助具	箸 フォーク スプーン その他() 義歯 無 総・部分(上・下)	

排泄

排泄動作	自立 声かけ 見守り 一部介助 () 全介助 (1人・2人)	その他特記事項
尿意	無 あいまい 有 失禁 (無 あいまい 有)	
便意	無 あいまい 有 失禁 (無 あいまい 有)	
日中	布パンツ リハビリパンツ オムツ	パットの使用 無・有
	自立 誘導 交換 頻度 約 回 トイレ Pトイレ 尿器	
夜間	布パンツ リハビリパンツ オムツ	パットの使用 無・有
	自立 誘導 交換 頻度 約 回 トイレ Pトイレ 尿器	

入浴

入浴動作	自立 声かけ 見守り 一部介助 () 全介助 (1人・2人)	その他特記事項
入浴方法	一般浴 個別浴 機械浴 シャワー浴 清拭 好き 普通 嫌い	

衣服・整容

更衣	上衣	自立 準備のみ 声かけ 見守り 一部介助 全介助	その他特記事項
	下衣	自立 準備のみ 声かけ 見守り 一部介助 全介助	
整容	洗面	自立 見守り 一部介助 () 全介助	
	整髪	自立 見守り 一部介助 () 全介助	
	歯磨き	自立 見守り 一部介助 () 全介助	

身体状況

視力障害	無 ・ 有 (右 ・ 左) (状況)	眼鏡	無 ・ 有
聴力障害	無 ・ 有 (右 ・ 左) (状況)	補聴器	無 ・ 右 ・ 左
言語障害	有 ・ 無 (状況・対応)		
麻痺	無 ・ 有 ()	拘縮	無 ・ 有 ()
睡眠状況	良眠 浅眠 不眠	眠剤	無 ・ 有 ()
		睡眠時間帯	時頃～ 時頃

認知症状、性格

認知症	無 ・ 有		
記憶障害	無 過去にあり 時々 有	失語・失認・失行	無 過去にあり 時々 有
実行機能障害	無 過去にあり 時々 有	理解・判断力の障害	無 過去にあり 時々 有
見当識障害	無 過去にあり 時々 有	大声・奇声	無 過去にあり 時々 有
感情失禁	無 過去にあり 時々 有	暴言・暴力	無 過去にあり 時々 有
幻視・幻聴	無 過去にあり 時々 有	介護拒否	無 過去にあり 時々 有
昼夜逆転	無 過去にあり 時々 有	不潔行為	無 過去にあり 時々 有
徘徊	無 過去にあり 時々 有	異食	無 過去にあり 時々 有
収集癖	無 過去にあり 時々 有	帰宅願望	無 過去にあり 時々 有
独語	無 過去にあり 時々 有	離棟・離設	無 過去にあり 時々 有
被害妄想	無 過去にあり 時々 有	拒薬	無 過去にあり 時々 有
盗食	無 過去にあり 時々 有	性的迷惑行為	無 過去にあり 時々 有

認知症状の具体的な様子

性格		好きな行動	
----	--	-------	--

リハビリ

行っている (週 回) ・ 行っていない	リハビリに対する意欲	無 ・ 有
実施内容・実施注意点		
(こちらへ記入されるか、個別計画書の添付をお願い致します。)		

医療的な処置 ※当てはまる項目の番号に○をつけてご記入ください

1	褥瘡	現在 無 ・ 有	過去3ヶ月以内 無 ・ 有
		部位(cm × cm)	状態()
		薬品名・使用量()	治療頻度()
2	軟膏処置	部位()	状態() 軟膏名()
3	バルーンカテーテル	1日の尿量(ml)	尿路感染 無 ・ 有
4	ストーマ	自己管理 不可 ・ 可	
5	吸引	1日の回数(回)	自己排痰 無 ・ 有
6	服薬	きちんと飲んでいる	飲めていない方は理由をご記入ください
		飲めていない	
7	点眼	薬品名()	1日 回 右 ・ 左 ・ 両目 自己点眼 不可 ・ 可
8	湿布	部位()	1日の使用枚数(枚)
9	疼痛部位	部位()	処置方法() 処置回数(回)
10	排便	排便状況(回 / 日)	コントロール方法()
11	喘息	発作 無 ・ 有	発作時の処置() 発作の頻度()
12	インスリン	自己管理 不可 ・ 可	
備考			