

日常生活行動表

患者さま氏名：

記載者：

(チェック日 年 月 日)		特記事項
身体機能	動作	1. 寝たきり 2. 寝返り(可・不可) 3. 坐位保持(可・不可) 4. 起立位(可・不可) 5. 独歩(つたい歩き・手引き・杖・装具着用・ふらつき) 6. 歩行器 7. 車椅子(ドライブ 自立・介助/トランスファ 自立・介助)
	麻痺	1. 有 右(上肢・下肢) 左(上肢・下肢) 2. 無
	拘縮	1. 有 右(上肢・下肢) 左(上肢・下肢) 2. 無
	言語障害	1. 有(不能・単語のみ・不明瞭・どうにか話せる) 2. 無
	視力	1. 見えない(右・左) 2. 明暗がわかる 3. 眼鏡使用 4. 見える
	聴力	1. 聞こえない(右・左) 2. 補聴器で聞こえる 3. 大声で聞こえる 4. 聞こえる
コミュニケーション		1. 理解力(正常・簡単なことのみ・すぐ忘れる・理解できない) 2. 意思表示(正常・だいたい正常・基本的欲求のみ・不能) 3. 意思疎通(通じる・ある程度通じる・ほとんど通じない)
精神症状		1. 徘徊 2. 不穏 3. 独語 4. 奇声 5. 幻覚 6. 妄想 7. 暴力暴言 8. 作話 9. 不潔行為 10. 脱衣行為 11. 帰宅願望 12. 昼夜逆転 13. 見当識障害 14. 記名力障害 15. 無
食事	介助	1. 介助() 2. 自力
	種類	1. 普通食 2. 特別食() 3. 粥() 4. 副食(常菜・軟菜・キザミ・ゼリー) 5. 点滴() 6. 経管栄養(最終交換日 /) 経鼻・胃瘻・腸瘻(内容・種類:)
	嚥下障害	1. 有 2. 無
	その他	1. 食欲(有・無) 2. 嗜好()
排泄	排 泄	1. 尿意(有・無) 2. パルン(最終挿入日 /) 3. オムツ(昼・夜) 4. 尿器(昼・夜) 5. ポータブル便器(昼・夜) 6. トイレ(昼・夜) 7. 時々失敗 8. 膀胱瘻 9. ストマ ※介助(要・否)
	排 便	1. 便意(有・無) 2. オムツ(昼・夜) 3. 便器(昼・夜) 最終排便日(/) 4. ポータブル便器(昼・夜) 5. トイレ(昼・夜) 6. ストマ ※介助(要・否) 7. 薬剤 有()・無 8. 浣腸()
保 清	入 浴	1. 清拭 2. 特浴 3. 車いす浴 4. 介助浴 5. 一般浴 最終保清日(/)
	衣類着脱	1. 介助(要:) 2. 自立
	洗 面	1. 介助(要:) 2. 自立
睡 眠		1. 不眠 2. 良眠 3. いびき 4. 寝床(ベッド・その他) 薬剤 有()・無
備 考		1. IVH(挿入日 / ・挿入部位) 2. 気管カニューレ(最終挿入日 / ・使用品名) 3. サクション(回/H, D) 4. 酸素(I/M) 5. 障害高齢者の日常生活自立度(正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2) 6. 認知症高齢者の日常生活自立(正常 I II(a・b) III(a・b) IV M) 7. 意識レベル(正常 1・2・3 10・20・30 100・200・300) 8. 体位変換(有 回/H 無) 9. 皮膚症状(褥瘡(部位:)・発赤(部位:)・湿疹(部位:)・その他()) ※上記に関し、処置や使用薬剤がある場合はその他欄へご記載下さい。 10. ナースコール 種類(普通・特殊:)・頻度(普通 頻回) 11. 他科受診(有: 無)
そ の 他		