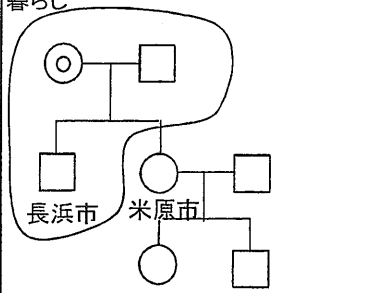


日常生活動作能力調査票

氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生(歳)
傷病の 状況	既往歴		
	現病歴		
	かかりつけの 医師	病院 医院 診療所	科 医師
身体等の 状況	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. 物の形がぼんやり見える 4. 全く見えない ※眼鏡(有・無)	
	聴力	1. 普通 2. やや悪い 3. 耳元で大きな声でないと聞こえない 4. 全く聞こえない ※補聴器(有・無)	
	睡眠	1. 普通 2. あまり眠れない(浅眠) 3. 不眠	
	意思疎通	認知症の有無(有・無・不明) 1. 通じる 2. ある程度通じる 3. 通じにくい 4. 通じない	
	麻痺	無・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他()	
	拘縮	無・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指	
日常生活 動作能力	全般的動作	1. 普通に外出できる 2. 家の中なら動ける 3. 起きられるがあまり動けない 4. 寝たきり、ほぼ寝たきり	
	移動	1. 歩行できる(独歩・つたい歩き・杖・老人車・歩行器・その他)	
		2. 歩行できない(車椅子・リクライニング式車椅子・その他())	
	移乗	1. 一人で行動できる 2. 見守り、声掛けがあれば一人でできる	
		3. 付き添いなどの介助が必要 4. 全面介助	
	更衣	(例:車椅子⇄ベッド等の乗り移り)	
		1. 一人でできる 2. 見守り、声掛けがあれば一人でできる 3. お尻を支えるなどの一部介助が必要 4. 全面介助	
	食事	1. 一人で食べられる 2. やや不自由だが一人で食べられる 3. 何らかの介助が必要 4. 全面介助 *経管栄養(鼻注・胃ろう)	
主食(普通・軟飯・粥・ミキサー) 副食(普通・軟菜・刻み・ミキサー・ゼリー)			
入浴	1. 一人でできる 2. ほぼ出来るが見守りが必要		
	3. 何らかの介助が必要 4. 全面介助		
排泄	(尿意)有・時々あり・無 (便意)有・時々あり・無		
	1. トイレまたはポータブルトイレで、一人でできる 2. 何らかの介助が必要 3. トイレ、ポータブルトイレではしていない 1. オムツ(夜のみ・昼夜共) 2. (紙パンツ・尿パット)使用 3. (バルン・ストマ)使用 4. 下着(布パンツ) ※組み合わせて使用している場合は、全て○をつけて下さい。		

<p>行動障害</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事をしたことを忘れるなどの日常生活に支障がある物忘れがある 2. イライラしやすい、落ち着きがない 3. 気持ちが落ち込んで、やる気がしない 4. 「物を盗られた」など、被害的になる 5. 実際にいないものが見えたり、いない人の声が聞こえたりする 6. 夜眠れない、または昼と夜が逆転している 7. 食べられないものを食べようとする 8. 家の中をウロウロ歩いたり、外に出ようとする 9. 大きな声を上げたり、手を上げようとする 10. 入浴や着替えなどを嫌がる 11. その他 <p style="text-align: center;">お困りのことがあればご記入ください</p>
<p>家族構成</p>	<p>(例)本人、夫、子ども(男性)の3人暮らし</p>  <p>左記を参考に家族構成をご記入ください。</p>
<p>その他</p>	

※上記内容について、ケアマネージャー等関係機関に確認することがありますのでご了承ください。

なお、得られた情報については、入所申込以外には使用いたしません。

【記入者】

(ご記入日) 令和 年 月 日

(氏 名)

(続 柄)

(事業所／病院名)

* 事業所・病院等の職員が記入の場合