

氏名

作成日： 年 月 日

日常生活調査票

身長： 体重：

記入者氏名：

移動	歩行		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (形態: ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器)				備考:
	車椅子	操作	☐ 自操 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 車椅子ブレーキ理解: 有 ・ 無				
		移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	基本動作		寝返り (可 ・ 不可)		起き上がり (可 ・ 不可)		
			立ち上がり (可 ・ 不可)		つかまり立ち (可 ・ 不可)		
座位		座位保持時間 _____ 時間					
食事			☐ 常食 ☐ 治療食 (_____) _____ kcal 塩分 _____ g ☐ PEG (製品名 _____) ・ サンエットに変更 可 ・ 否 経口摂取 有 ・ 無				
	摂取方法		自立 一部介助 全介助	自助具	☐ 有 (_____) ・ ☐ 無		
	食事形態		(主食: _____) (副食: _____)	摂取量	(主食: _____ 割) (副食: _____ 割)		
	補助食品		☐ 有 (_____) ・ ☐ 無				
	禁止食		☐ 有 (_____) ・ ☐ 無	アレルギー	☐ 有 (_____) ・ ☐ 無		
	むせ		☐ 有 ・ ☐ 無 ころみ ☐ 有 ・ ☐ 無				
排泄	日中	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				尿意(有 ・ 無)	
		☐ トイレ ☐ PTイレ ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ				間隔:	
	夜間	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				便意(有 ・ 無)	
		☐ トイレ ☐ PTイレ ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ				間隔: 最終排便 /	
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 最終入浴 /						
	☐ 機械浴 ☐ シャワー ☐ 一般浴						
整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 義歯(上・下・なし)						
更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
睡眠	☐ 良好 ☐ 時々不良 ☐ 不良 眠剤 有(_____) ・ 無 入眠時間: _____ 離床時間: _____			不眠時の様子:			
聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい ☐ 聞こえない 補聴器: 有(右 ・ 左) ・ 無						
視力	☐ 見える ☐ 見えにくい ☐ 見えない 眼鏡: 有 ・ 無 点眼: 有(_____) ・ 無 ☐ 白内障: 有(右 ・ 左) ・ 無 白内障手術: 有(右 ・ 左) ・ 無						
コミュニケーション	言語表現	☐ 可 ☐ 不可		コミュニケーション方法:			
	言語理解	☐ 可 ☐ 不可		ナースコール理解: 有 ・ 無			
麻痺	有 ・ 無 部位: _____		浮腫	有 ・ 無 部位: _____			
拘縮	有 ・ 無 部位: _____		欠損部位	有 ・ 無 部位: _____			
褥瘡	有 ・ 無 部位: _____		処置: _____				
周辺症状	☐ 徘徊 ☐ 異食 ☐ 大声 ☐ 被害妄想 ☐ 記憶障害 ☐ 独語 ☐ 暴言・暴力 ☐ 収集癖 ☐ 幻覚・幻聴 ☐ せん妄 ☐ 不潔行為 ☐ その他 * チェックある際は、具体的にご記入下さい。						