

日常生活動作調査票

*現在の状況について、各項目の該当箇所に○印をつけてください。

身体状況 患者氏名 _____

聴力	普通・大きな声で聴こえる・聴こえない・補聴器使用
視力	普通・大きな字が見える・見えない・眼鏡使用
意思の伝達	普通・かろうじてできる・基本的要求のみできる・できない
話の理解	普通・かろうじてできる・まれにできる・できない

食事	経口・経鼻胃管・胃瘻 } <small>型式 交換日 年 月 日</small> ・中心静脈栄養
	普通食・刻み食・粥食・流動食・特別食() 摂取量:
排泄	トイレ・Pトイレ・尿便器・オムツ・バルーン・ストマ
入浴	一般・シャワー・部分浴・機械浴・清拭
移動	歩行・伝い歩行・杖歩行・歩行器・車椅子・寝たきり

介護状況 身長: _____ cm 体重: _____ kg (□測定困難の場合にチェック)

区分	自立	見守り・指示	一部介助	全介助
食事				
排泄				
入浴				
移乗				
移動				
更衣				

認知の状況

問題行動	夜間せん妄・不潔行為・暴力行為・徘徊・大声・幻覚妄想・ひどい物忘れ その他()
特記事項	()

保険等状況

社保・国保・自費・身障(_____ 級)・特定疾病・生保・介護保険(介護度 _____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 紹介医療機関名・診療科名
 所在地
 電話番号

記入者氏名

印