

利用者情報書(日常生活動作表)

R6・3～

様

記入日： 令和 年 月 日

記入者： 職種 看護師 ・ 介護士 ・ 介護支援専門員

【障害者の日常生活自立度】 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

【認知症老人日常生活自立度】 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

【要介護度】 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ その他()

※ ○をつけてください(複数回答可)

身体状況		身長: cm 体重: kg (測定日: R 年 月 月)
		麻痺: 無 ・ 有(右片麻痺 ・ 左片麻痺 ・ 対麻痺 ・ その他) 利き手: 右 ・ 左
食事	摂取	自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助 1日水分摂取量:
	嚥下	できる ・ 見守り ・ できない ムセ(有 ・ 無) 痰(有 ・ 無)
	形態	主食: 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ペースト ・ ゼリー食 ・
		副食: 普通 ・ 一口大 ・ 軟菜 ・ 粗刻み ・ 刻み ・ ペースト ・ ゼリー食
		汁・水分: 普通 ・ とろみ 高栄養剤: 無 ・ 有()
	制限	療養食: 無 ・ 有(kcal ・ 塩分 g未満) 経管栄養: 胃瘻(ml/日)
		アレルギー: 無 ・ 有() 水分制限: 無 ・ 有(ml/日)
	用具	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具 ・ エプロン ・ その他()
摂取量	主食: 割 副食: 割 摂取時間: 分	
<備考>	*療養食の場合、食種を記入してください(例:糖尿病、心臓食等)	
寝返り		自立 ・ つかまり ・ 一部介助 ・ 全介助
		体位交換 (できる ・ できない)
起き上がり		自立 ・ つかまり ・ 一部介助 ・ 全介助
座位		椅子 ・ 車椅子 ・ 座位保持(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) ・ できない
立ち上がり		自立 ・ つかまり ・ 一部介助 ・ 全介助
立位保持		自立 ・ つかまり ・ 一部介助 ・ 全介助
移乗		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 介助者を 呼ぶ ・ 呼ばない
移動	歩行	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 老人車 ・ その他()
	車椅子	標準型 ・ 跳ね上げ式 ・ ティルトリクライニング ・ リクライニング 自走: 可 ・ 不可
	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
更衣	上衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	下衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	<備考>	
入浴	区分	一般浴(個浴) ・ チェアー浴(リフト浴) ・ 特浴(ストレッチャー浴) ・ その他()
	洗髪	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗身	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 入浴拒否 (有 ・ 無)
	<備考>	
排泄	日中	紙パンツ ・ 紙オムツ パット: 有 ・ 無 トイレ ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ
	夜間	紙パンツ ・ 紙オムツ パット: 有 ・ 無 トイレ ・ 尿器 ・ ポータブルトイレ
		バルーンカテーテル(Hr: cc/日) ・ ストーマ(尿 ・ 便)
	動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 希望時トイレ ・ 定時トイレ誘導
	尿・便意	尿意: 無 ・ 曖昧 ・ 有 (ナースコール: 有 ・ 無) 失禁(有 時々 無)
		便意: 無 ・ 曖昧 ・ 有 (ナースコール: 有 ・ 無) 失禁(有 時々 無)
	回数	日中: 回 夜間: 回
		排便コントロール: 無 ・ 有 (排便周期:)
<備考>		
整容面	口腔ケア	自歯 ・ 総義歯(上 ・ 下) 部分義歯(上 ・ 下) ・ 自歯無し うがい: 可 ・ 不可
		自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()
	洗顔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 顔拭きタオル使用: 無 ・ 有
	整髪	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	爪切り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	髭剃り	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
<備考>		

意思疎通	会話	可能・時々通じる・不可能	
	視力	見える・ぼんやり見える・大きい字なら見える・見えない 眼鏡(無・有)	
	聴力	聞こえる・大きな声なら聞こえる(両方・左・右)・聞こえない(両方・左・右)	
	手段	文字ボード・補聴器(左・右)・その他()	
	<備考>		
意欲・交流	活動	できる・声かけ・できるがしない・できない 意欲(有 無)	
	交流	できる・声かけ・できるがしない・できない	
	趣味 日課		
	<備考>		
睡眠	日中	起きている・休息時間を要する(時～ 時)・傾眠傾向・臥床	
	夜間	不眠・まずまず良眠・浅眠・不眠・その他()	
	眠剤	無・有(服用時間: 時頃)	
	<備考>		
認知面	状況	物忘れがある HDS-R: /30点(測定日:R 年 月)	
		大声を出すことがある(日中・夜間) 独語がある(日中・夜間)	
		目的なく動き出すことがある(日中・夜間)	
		異食行為がある(具体的に:)	
		こだわりが強い(具体的に:)	
		昼夜逆転がある	
		幻覚・幻聴・妄想がある(具体的に:)	
		暴言・暴力がある(具体的に:) 対策()	
		介護に抵抗がある(具体的に:) 対策()	
	<備考>	不潔行為がある(具体的に:) 対策()	
危険行為		無・有(具体的に:)	
	対策	センサーマットを使用・床マットを使用・その他()	
	転倒事故	無・有(いつ・どこで:)	
	<備考>		
医療処置	褥瘡	無・有(部位:) 処置方法・頻度:	
	皮膚状態	かゆみ・ただれ・乾燥・発赤・その他()	
	疼痛	無・有(部位:) 処置	
	吸引	無・有(頻度: 回/日)	
	平均バイタル	KT= BP= P= SP02=	
ベッド環境	浮腫(無・有) 部位:	服薬(声掛け・手渡し・全介助)	
	<備考>		
	ベッド柵	普通柵・介助バー ベッドマット: 普通・硬質・ウレタン・エアーマット	
	センサー	不要・必要(端座式・人影センサー・その他:)	
起居方向	左・右		ナースコール: 押す・押さない
	どちらでも可		
リハビリの内容・留意点等:			
生活リハビリに取り入れていること等:			
特記事項:			