

# 日常生活動作確認書

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 記入年月日 年 月 日

生年月日 M/T/S 年 月 日 ( 歳) 病院・施設名 :

疾患名 記入者名 :

(発症日 : 年 月 日) (手術日 : 年 月 日)

※当てはまる項目に○をし、詳細事項がありましたら備考または余白へ記入してください。

意識レベル	問題なし	JCS【 ]	GCS【 ]		
意思疎通	問題なし	簡単な日常会話可能	単純な事柄のみ可能	うなずき・首フリのみ	不可
医療行為	酸素【 ℥】 吸引【 回／日】 気管切開（なし・あり）カニューレ【種類】 服薬：	末梢点滴	中心静脈栄養	サイズ・内径	】
栄養摂取方法	嚥下障害：あり・なし 摂取方法：経口・胃ろう・経鼻・中心静脈栄養・末梢点滴 経口摂取：3食・1~2食・訓練下のみ・オヤツのみ・不可 食形態：主食（米飯・全粥・ミキサー粥）副食（常食・軟菜・きざみ・ミキサー） 経管栄養：胃ろう／経鼻【内容】 【造設日 月 日/最終交換日 月 日】	形態	】		
感染症	なし あり HCV・HBs・梅毒・疥癬・綠膿菌・MRSA・その他【 】 材料 鼻腔・喀痰・尿便・褥瘡・その他【 】	検査日 月 日	】		

<ADL> (実用レベル : 病棟での実施状況)

寝返り	自立	一部介助	全介助	不可	
移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	不可
移動・歩行	歩行：自立	見守り	介助	不可	車椅子：自操・介助・不可
	使用物品：なし	・杖	・歩行器	・装具	ストレッチャー：要す・要さない
食事	食事動作：自立	・一部介助	・全介助		
排泄	自立	介助	(トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパンツ) オムツ・バルーン・スマ・膀胱ろう【造設日 月 日/最終交換日 月 日】 尿意（あり・あいまい・なし）便意（あり・あいまい・なし）失禁（なし・あり）		
保清	一般浴	機械浴（座位・臥位）	清拭のみ		

<心身状況>

身長・体重	cm	kg	→測定不能の場合	体型【 細・太・普】
麻痺	なし	あり（右・左）		
筋力低下	なし	あり		
拘縮	なし	あり【部位】		】
褥瘡	なし	あり【部位】	大きさ × ×	】 ポケットなし・あり 処置方法【 エアマット使用なし・あり】
体交	なし	あり【 回／日】	時間ごと】	
認知症	なし	あり	ありの場合→問題行動	なし あり
問題行動	なし	あり	昼夜逆転・見当識障害・奇声・大声・不穏・せん妄・徘徊・脱衣・暴力行為・不潔行為	
高次脳機能障害	なし	あり	（失語症・半側空間無視・失行・失認・その他）	)

<備考>