

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【 _____ ℓ】 吸引【 _____ 回/日】 末梢点滴 中心静脈栄養 気管切開 (なし・あり) カニューレ【種類 _____ サイズ・内径 _____ 】 服薬 : _____
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 総カロリー (_____ kcal) 経口摂取 : 3食 ・ 1～2食 ・ 訓練下のみ ・ オヤツのみ ・ 不可 摂取率 (_____ 割) 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 _____ 形態 _____ 】 【造設日 _____ 月 _____ 日/最終交換日 _____ 月 _____ 日】
感染症	なし あり HCV ・ HBs ・ 梅毒 ・ 疥癬 ・ 緑膿菌 ・ 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 ・ ストマ ・ 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	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>

--