

日常生活動作表

様分

記入日:平成 年 月 日 記載者:家族()看護師・介護職・その他()
 現在おられるところ (入院・入所中のお部屋/多床室・個室・その他)

*最近の生活のご様子・身体状況について○をつけて下さい。

入所前情報		入所日追加事項
起床 ～就寝時間	起床時間 (時頃) 昼寝時間 (~ 時頃) 就寝時間 (時頃) 夜間睡眠状況/良好・不眠(不眠な理由) (睡眠時間/約 時間位)	眠剤服用時間
就寝用品	ベッド(ベッド柵/2点柵・3点柵・4点柵)・ 畳(布団) エアーマットレス使用 無・有 除圧マットレス使用 無・有	
食事	自分で食べる・一部介助・全介助/摂取時間 (分位)	
摂取方法	箸・スプーン・フォーク・その他 ()	
摂取姿勢	椅子・車椅子・リクライニング式車椅子・ベット上	
平均摂取量	主食 (割位) 副食 (割位) 栄養補助食品等: ()	
飲み物	自分で飲める・一部介助・全介助/コップ・ストロー・吸い飲み	
水分制限	無・有 (1日 c c)	
療養食	糖尿食 (カロリー) 減塩食 (g) その他 ()	
食事の形態	主食/ 米飯・軟飯・おかゆ(全粥・五分・七分) ペースト 副食/ 普通・軟菜・一口大・荒刻み・きざみ・ペースト	
嗜好品	好きな物 () 嫌いな物 ()	
嚥下障害	無・有 とろみ剤使用/無・有【ウスターソース状・ポタージュ状・はちみつ状】 その他 ()	
排泄	尿意(無・有) 不明 便意(無・有) 不明	最終排便
日中:自分で出来る・一部介助・全介助 (日中尿回数 回位) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・安楽尿器/布パンツ・オムツ・リハビリパンツ・パット その他 ()		(月 日)
夜間:自分で出来る・一部介助・全介助 (夜間尿回数 回位) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・安楽尿器/布パンツ・オムツ・リハビリパンツ・パット その他 ()		
排便状況:ほぼ毎日でている・2～3日に1回位・便秘である *便秘時、薬剤使用状況、希望等 ()		
尿道バルンカテーテル使用 (F r) 最終交換日 (月 日) 膀胱ろう・人工膀胱		
洗面・うがい	自分で出来る・一部介助・全介助・うがいは危険なのでしていない *うがい以外の方法 ()	
義歯	無・有(総義歯/上・下) (部分義歯/上・下)	
入浴	・自立・一部介助・全介助 ・一般浴・リフト浴・シャワー浴・ストレッチャー浴・特浴・清拭等 ・入浴場所(自宅・ディ・訪問入浴・施設・病院等)	最終入浴 (月 日)
更衣	・自立・一部介助・全介助	

経管栄養での注入をされている方にお尋ねします。

以下について記載して下さい。

経管栄養	経鼻 ・ 胃ろう その他 / (次回交換日 ())
注入食の名称 (栄養剤の名前)	
注入時間	朝 (時頃～ 時頃まで) 昼 (時頃～ 時頃まで) 夕 (時頃～ 時頃まで)
注入する栄養量	朝 (m l) 昼 (m l) 夕 (m l) その他 /
白湯量	朝 (m l) 昼 (m l) 夕 (m l) その他 /
注入食に トロミ剤をつけて いる	無・有 その他 /
注入の方法	
内服	懸濁ボトル・注射器・栄養剤と一緒に混ぜて入れる その他 ()
栄養剤	ボトル・注射器・加圧バック その他 ()
白湯	ボトル・注射器・栄養剤と一緒に混ぜて入れる その他 ()
注入時の姿勢	ベット上・車椅子・リクライニング式車椅子
注入時において注意事項等があれば記載して下さい	
その他特記事項	

入所日 / 特記事項	
---------------	--