

日常生活動作について

氏名 _____

記入日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(あてはまる個所、番号に○をつけてください。)

	自立	部分介助	全介助		備考
寝返り	一人できる	手伝えばできる	一人では全くできない ※誰かが向きを変えてあげる 1. 昼夜 2. 夜間のみ		使用しているもの 1. ベット 2. 特殊マットレス 3. エアーマット
起き上がり	一人できる ※ベットの柵、紐等を使用してもよい	手伝えばできる	一人では全くできない 全部手伝っている		座ってられるか 1. できる 2. 背もたれが必要 3. 全くできない
立ち上がり	一人できる ※手すり、杖などを使用してもよい	手伝えばできる	一人では全くできない 全部手伝っている		全く立つことができない
歩行	1. 散歩ができる 2. 家の中の限られた場所は、歩くことができる	手を引いたり、支えてもらえば、歩くことができる	全く歩けない ※歩く以外で移動している場合 (車椅子、四つばい、いざり、他)		使用しているもの 1. 杖 2. 歩行器 3. シルバーカー 4. 車椅子
車椅子	一人できる	手伝えばできる	全部手伝っている	使用していない	車椅子の種類 1. 普通の車椅子 2. リクライニング
食事	1. 一人できる (箸、スプーン) 2. 特殊な工夫をすれば可能	半分程度は手伝っている むせやすさ：食 事 (多 い ・ 少 な い ・ な し) 水 分 (多 い ・ 少 な い ・ な し)	全部手伝っている	経管栄養	食事形態 1. 普通食 2. おかゆ 3. きざみ 4. ミキサー食
排泄	1. 一人できる 2. ときどき失敗するが自分でできる	手伝えばできる	おむつ使用 1. 一日中 2. 夜間のみ	1. カテーテルの留置 2. 膀胱ろうまたは人工肛門	使用しているもの 1. 尿器(しびん等) 2. ポータブルトイレ 3. おむつ 4. リハビリパンツ 5. 尿取りパット
入浴	一人できる	手伝っている 1. 浴槽へ出入 2. 体を洗う 3. 髪を洗う	全部手伝っている 1. 浴槽へ入る 2. シャワーのみ 3. 入浴サービス	体を拭くのみ (入浴していない)	
更衣	1. 一人できる 2. 着替えを用意すればできる	手伝えばできる	全部手伝っている		
整容	自分でしているものを○で囲んで下さい。 洗面・歯磨き・整髪・爪きり・ひげそり				

	自立	部分介助	全介助		備考
視力	読書ができる位よく見える	視力のみで人の区別がつく	見えにくい、室内を一人で歩くことができる	ほとんど見えない	眼鏡：有・無
※見えにくい目(1. 右 2. 左 3. 両方)					
聴力	よく聞こえる	近くであれば聞こえる	大きな声であればわかる	ほとんど聞こえない	補聴器：有・無
※聞こえにくい耳(1. 右 2. 左 3. 両方)					
意思の疎通	日常会話が十分可能	簡単な受け答えは可能	かろうじて意思の疎通が可能 (話すことができず、言葉以外で訴える場合を含む)	意思の疎通が全くできない	特別な意思疎通の方法がある場合は記入してください ()

麻痺	ない ・ ある(どこに _____)
床ずれ	ない ・ ある(どこに _____)
その他	

◎ 症状の具体的例示

ア. 毎日の日課を理解することが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
ウ. 自分の名前を答えることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
エ. 今の季節を答えることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
オ. 自分のいる場所をこたえることが	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
カ. ひどい忘れ物が	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
キ. 社会的な出来事への関心・興味が	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
ク. 話す話題が乏しく限られていることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
ケ. しつこく同じ事を繰り返して話すことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
コ. 馴れた場所でも迷うことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
サ. お金の管理ができないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
シ. 上着に足を通したり季節に合わない、ちぐはぐな着替えをすることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
ス. 夜間寝ず、騒いだり人を起こしたりすることが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
セ. 助言や介護に対し抵抗することが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
ソ. 帰宅願望があり落ち着かないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
タ. 無断で物を持ってくるものが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
チ. 周囲が嫌がる性的行動が	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
ツ. 薬の管理が一人できないことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない

認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
老人知能の臨床的判定(柄沢式)	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 軽 度 <input type="checkbox"/> 中 等 度 <input type="checkbox"/> 高 度 <input type="checkbox"/> 最 高 度