

日常生活動作表

記入日: 令和 年 月 日

氏名					様	記入者:			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
	特記事項								
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	特記事項								
座位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 手すり等あれば可	<input type="checkbox"/> 不可						
立位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 手すり等あれば可	<input type="checkbox"/> 不可						
転倒・転落	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(頻度:)						
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> なし					
	便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> なし					
	物品	<input type="checkbox"/> 普通下着	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> パッド	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ				
	その他	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 下剤の服用				
	特記事項								
食事	摂取		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 胃瘻		
	形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> その他		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 極刻み	<input type="checkbox"/> ペースト		
		<input type="checkbox"/> 水分トロミ		<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要				
		治療食		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
		アレルギー		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	特記事項								
入浴	方法		<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> チェア浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> その他			
	洗髪		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	洗身		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	特記事項								
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 一部	
身体状況	身長	cm	体重	kg					
視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 見えない	(右・左)				
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 聞こえない	(右・左)				
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 時々不眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 眠前薬					
その他特記事項									