

日常生活についての調査票

箕面市立介護老人保健施設

記入日 年 月 日

利用者名 様( )歳

記入者名( )ご利用者様との続柄( )

項目 該当するものに分かる範囲でチェックをしてください

食事・栄養	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( )		
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全・5分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )		
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 超刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他( )		
	朝食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他( )		
	嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> まれにむせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる		
	トロミの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> トロミ有 ( <input type="checkbox"/> 低粘度 <input type="checkbox"/> 中粘度 <input type="checkbox"/> 高粘度 )		
	食事姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子(車椅子) <input type="checkbox"/> 車椅子リクライニング( )度 <input type="checkbox"/> ベッドの背を起こして( )度		
	食事介助	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 見守りや声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他留意点( )		
	義歯	<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 義歯あり <input type="checkbox"/> 合わないので使用せず		
	(義歯使用している方)	<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> 夜間はずす <input type="checkbox"/> 飲食時のみ使用		
	食事1回所要時間	<input type="checkbox"/> 10分以内 <input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 60分以内 <input type="checkbox"/> 60分以上		
	食事の様子(複数可)	<input type="checkbox"/> 口から食べ物がこぼれる <input type="checkbox"/> のどに食べ物が引っかかる感じがする <input type="checkbox"/> なかなか飲み込めない <input type="checkbox"/> 食事中疲れてしまう・眠ってしまう <input type="checkbox"/> 食事に集中できない <input type="checkbox"/> 最近食事量が減ってきている( )割 <input type="checkbox"/> 水分摂取量が減ってきている		
	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病食( kcal ) <input type="checkbox"/> 塩分制限( g ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食品名( )		
	嫌いな食べ物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> その他( )		
	身体計測	身長( cm ) 体重( kg )		
健康・医療	下痢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便秘	<input type="checkbox"/> 有( 日間) <input type="checkbox"/> なし
	浮腫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有(部位 ) <input type="checkbox"/> なし
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> (具体的に ) <input type="checkbox"/> 全介助		
	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬品名( )		
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 )		
	転倒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(いつ頃から: どのような状況: どの程度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 月に2~3回)		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他( 科) 病院名( ) <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 2週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 2月1回 <input type="checkbox"/> 3月1回 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> とくになし		
日常生活動作	生活リズム <input type="checkbox"/> 終日ベット <input type="checkbox"/> 食事・トイレのみ離床 <input type="checkbox"/> 終日離床 <input type="checkbox"/> 行事に参加			
※起床時間・食事時間・入眠時間など、活動時間を分かる範囲で記入をお願いします				

日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (2時間おき・3時間おき)			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	トイレ移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行(・独歩・杖・手押し車・歩行器・その他) <input type="checkbox"/> 車椅子(・自走・見守り・一部介助・全介助)			
	階段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴(リフト・ライン) <input type="checkbox"/> シャワー浴			
	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			
	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			
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣:上半身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣:下半身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし			
	排尿失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし			
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし			
	排便失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし			
	昼間	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> テープ式オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置			
夜間	<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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> テープ式オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置				
コミュニケーション	意思伝達	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々不可能 <input type="checkbox"/> 不可能(具体的:			
	理解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> その場は理解できる <input type="checkbox"/> できない			
	視覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> はっきり見えない(両眼・右・左) <input type="checkbox"/> 見えない(両眼・右・左)			
	聴覚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きな声だと聞き取れる(両耳・右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえない(両耳・右・左)			
	他者との交流	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 苦手 <input type="checkbox"/> 出来ない			
精神について	物忘れ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし		HDSR	/30 (実施日 / )
		<input type="checkbox"/> 最近の事を忘れている <input type="checkbox"/> 昔の事を忘れている <input type="checkbox"/> ほとんど忘れている			
	問題解決	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 支持必要 <input type="checkbox"/> 出来ない			
	判断能力	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 支持必要 <input type="checkbox"/> 出来ない			
	精神状況	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> せん妄			
症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 夜間不穏・不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想 <input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否 <input type="checkbox"/> 異食・食物以外を口に <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 出現時の対応( )				