

日常生活動作調査表Ⅰ （該当するものを○で囲んでください。）

| | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------|---|-----------------------------|---|---------------------------------|---|--|--|-------|-----|
| フリガナ 氏名 | | 様 | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | 記入者名： | 続柄： |
| 寝たきり度 判定 | | 認知症度 判定 | | | 予防接種 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 生活動作 | 状 態 | | | | | | | | 備 考 | |
| 寝 返 り | できない | 手伝えばできる | 柵や手すり等を使えばできる | | 一人で行える | | 寝床は●ベッド（高さは cmくらい） ●畳 | | | |
| 起き上がり | できない | 手伝えばできる | 柵や手すり等を使えばできる | | 一人で行える | | 起き上がりの向きは ●右 ●左 麻痺が ●ない | | | |
| 座位保持 | できない | 手伝えばできる | 柵や手すり等を使えばできる | | 一人で行える | | 身長 cm位、体重 k g位 | | | |
| 起 立 | できない | 手伝えばできる | 物につかまれば一人で行える | | 一人で行える | | 移動バーを、 ●使っている ●使っていない | | | |
| 歩 行 | できない | 手伝えばできる | 限られた範囲（室内、トイレ） ではひとりで歩ける | | 一人で行える | | 使用しているもの ●杖 ●歩行器 ●シルバーカー ●手すり ●装具 | | | |
| 車椅子移動 | 全部手伝っている | 手伝っている ●乗り降りのみ ●押すことのみ | | 一人で行える | | 本人持ち車椅子が ●ある ●ない 心身障害者手帳が ●ある<障害名 級> | | | | |
| 食 事 | 食べられない ◇経管栄養 | 手伝っている ●一部 ●半分位 ●全部 | | 特別な工夫をすれば食べられる (例えば) | | 一人で食べることが できる ●箸 ●スプーン ●フォーク | | 形態 ごはんは ●普通 ●軟飯 ●お粥 おかずは ●普通・刻み 場所は ●食堂 ●ベッド横 ●ベッド上 むせ込みは ●ある ●なし | | |
| 排 泄 | おむつ使用 ●一日中 ●夜間のみ | 手伝えば排泄ができる ●声かけ ●移動 ●便座に移る ●下着の上げ下げ ●後始末 | | | 一人で排泄ができる ●失敗しない ●時々失敗をする | | 排泄手段 昼：●トイレ ●ポータブルトイレ ●尿器 夜：●トイレ ●ポータブルトイレ ●尿器 | | | |
| | 排尿は、一日 排便は、日に | 回 回 便秘対策は、●下剤 ●座薬 ●浣腸 ●その他（ ） | | | | | 使用物品 ●テープ式紙オムツ ●紙パンツ ●尿とりパット ●失禁パンツ ●布パンツ ●その他（ ） | | | |