

# 日常生活動作評価票（患者様の状況）

平成 年 月 日

医療機関名称

記入者

職種（ ）

<b>患者氏名</b>	<b>性別 男・女（ ）歳</b>
身長                      cm ・ 体                      重                      kg	
<b>1. 障害等の程度</b>	
感覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位;                      )
運動麻痺	<input type="checkbox"/> 片麻痺( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)、 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 単麻痺(部位;                      ) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 ・ <input type="checkbox"/> 弛緩性 <input type="checkbox"/> 痙性
関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位;                      )
失調症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(                      )
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害): <input type="checkbox"/> 発語無し <input type="checkbox"/> 発語するも意味不明 <input type="checkbox"/> 発語するが聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 簡単な単語のみの発語 <input type="checkbox"/> 発語による意思疎通可能
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
褥創	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:部位(                      ) 大きさ(                      )
精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 不安焦燥感 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行動 <input type="checkbox"/> その他(                      )
栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他(                      )
食事形態	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <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 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(                      )
その他	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      hr毎又は                      回/日) 酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      ℓ/分) ・ 人工肛門: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<b>2. 日常生活動作</b>	
起座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能(30分以上/30分未満):背もたれ(要/不要) <input type="checkbox"/> 不能
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
車椅子	<input type="checkbox"/> 使用:移乗(自立/要介助)・操作:(自立/要介助) <input type="checkbox"/> 不使用
平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家庭浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> P-WC <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> バルーン挿入 <input type="checkbox"/> 自己導尿
尿・便失禁	尿失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(導尿の <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) ・ 便失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 意思疎通不可
ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> その他(                      )
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的内容;                      )
リハビリ	<input type="checkbox"/> PT(具体的内容;                      ) <input type="checkbox"/> OT(具体的内容;                      ) <input type="checkbox"/> ST(具体的内容;                      )