

# 日常生活動作

氏名 \_\_\_\_\_

記入日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

	自立	部分介助			備考
寝返り	一人ができる	自分でベッド柵、紐等を使用している	手伝えばできる	できない	使用しているもの 1. ベッド 2. 特殊マットレス 3. エアーマット
起き上がり	一人ができる	自分でベッド柵、紐等を使用している	手伝えばできる	できない	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	一人ができる	何かにつかまればできる	手伝えばできる	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		外出頻度	使用しているもの 1. 杖 2. 歩行器 3. 老人車(シルバ-カ-) 4. 車椅子
車椅子	一人ができる	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. 一人ができる(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 : _____	全部手伝っている		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. 一人ができる 2. 時々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	交換頻度	使用しているもの 1. 尿器(しびん等) 2. ポ-ダブルトイレ 3. おむつ 4. リハビリパンツ 5. 尿取りパット
入浴	一人ができる	1. 浴槽への出入り ・ 自分でできる ・ 手すりにつかま	2. 体を洗う タオルに石鹸等を ・ 自分でつける ・ 手伝う	3. 髪を洗う シャンプーを ・ 自分でつける ・ 手伝う	
更衣	1. 一人ができる 2. 着替えを用意すればできる	手伝えばできる ・ 見守り ・ 袖を通す等	全部手伝っている		
整容	自分でしているものを○で囲んでください。 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
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
意思の疎通	日常の会話が十分可能	簡単な受け答えは可能	辛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下さい 「 _____ 」

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事が	<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事が	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
ウ. 自分の名前を答える事が	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
エ. 今の季節を答える事が	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
オ. 自分がいる場所を答える事が	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
カ. ひどい物忘れが	<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事が	<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事が	<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事が	<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事が	<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事が	<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事が	<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事が	<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事が	<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事が	<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. 薬の管理が一人でできない事が	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない

\*担当ケアマネージャーに確認してください

痴呆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
-----------------	---