日常生活動作表

フリガナ		記入年月日	年　　月　　日
氏名		事業所名	
M・T・S　年　月　日生（　歳）		記入者名	
要介護度	要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）　有効期限　年　月　日～　年　月　日		
寝たきり度	J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2		
食事形態	主食：普通・軟らかめ・お粥・その他（　　）／ 副食：普通・一口大・刻み・その他（　　）		
摂　食	1. 自立　2. 声掛け・見守り　3. 一部介助　4. 全介助　／　摂取量（　　）	制限（　　）	
水　分	1. 自立　2. 声掛け・見守り　3. 一部介助　4. 全介助　／　摂取量（　　）	制限（　　）	
嚥　下	1. できる　2. 声掛け・見守り　3. できない　（ 水分 ・ 固形 ）	トロミ （有 ・ 無）	
視　力	1. 普通　2. 細かい字は読めない　3. ぼんやりとわかる	眼鏡 （有 ・ 無）	
聴　力	1. 普通　2. 少し聞き取りにくい　3. 大きい声なら聞き取れる（ 右 ・ 左 ）	補聴器 （有 ・ 無）	
褥　瘡	1. 無　2. 有　部位（　　）		
麻　痺	1. 無　2. 有（ 左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他　　）		
関節制限	1. 無　2. 有（ 肩関節・股関節・膝関節・その他（　　）		
立　位	1. 自立　2. つかまればできる　3. できない　（転倒の危険性　有 ・ 無）		
歩　行	1. 自立　2. 見守り　3. できない（車いす・杖・歩行器・シルバーカー）		
移　乗	1. 自立　2. 見守り　3. 一部介助　4. 全介助		
排　泄	昼間　1. 自立　2. 一部介助（パッド・リハビリパンツ・オムツ使用）　3. 全介助	下剤 （有 ・ 無）	
	夜間　1. 自立　2. 一部介助（パッド・リハビリパンツ・オムツ使用）　3. 全介助		
尿　意	1. 有　2. 時々有　3. 無	失禁 （有・無）	
便　意	1. 有　2. 時々有　3. 無	汚染 （有・無）	
入　浴	1. 自立　2. 一部介助　3. 全介助　一般浴 ・ その他（　　）	義歯	
更　衣	1. 自立　2. 声かけ・見守り　3. 一部介助　4. 全介助	（総義歯・一部・無）	
口腔ケア	1. 自立　2. 声かけ・見守り　3. 一部介助　4. 全介助	手入れ（自立・介助）	
睡　眠	1. よく眠れる　2. 睡眠が浅い　3. 眠れない　4. 昼夜逆転	眠剤 （有 ・ 無）	
性　格			
介護の状況・身体面特記事項			

住宅型有料老人ホーム　コンソルテ新緑苑

◆　裏面もご記入下さい　◆

認知症	1. 無　2. 有（ Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M ）
行　動	あてはまる項目があれば〇印をつけて下さい 1. 感情が不安定になる　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 2. 大声を出すことがある　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 3. ひどい物忘れがある　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 4. 目的も無く動き回ることがある　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 5. 同じ話を繰り返す　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 6. 被害的になる　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 7. 一人で外に出たがる　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 8. 不潔な行為を行うことがある　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 9. 異食行為　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 10. 自傷・他害行為がある　（ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満 ）（ 昼間 ・ 夜間 ） 11. その他（　　　　　　　）
精神面 特記事項	
介護保険 サービス	・ デイサービス、デイケア　:　回／週　・ ショートステイ　:　回／月 ・ 訪問介護（入浴）　:　回／週　・ 訪問看護　:　回／週 ・ 福祉用具貸与　: ・ その他　: ※サービス利用票添付可
その他 サービス	

※有効期限は記入年月日より3ヵ月とさせて頂きます。

住宅型有料老人ホーム コンソルテ新緑苑
〒520-2134　滋賀県大津市瀬田4丁目1-2
TEL　077-548-6110　FAX　077-548-6116

H30.1.1