

# 日常生活動作能力票

ご本人のお体等の状態を教えてください、それぞれの項目について該当する○および□を塗りつぶしてください。

令和 年 月 日 記載者

項 目		区 分				特記事項	
身 体 の 状 況	移 動	歩 行	<input type="radio"/> 自 立	<input type="radio"/> つかまれば可	<input type="radio"/> 不 可		
		補助具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> 補装具	
		転倒・転落歴	<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り			
	食 事	状 態	<input type="radio"/> 自 立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 胃ろう
		主食種類	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー		
		副食種類	<input type="checkbox"/> 常 菜	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 極きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー	
	排 泄	尿・便意	<input type="radio"/> あ り	<input type="radio"/> 時々あり	<input type="radio"/> な し		
		状 態	<input type="radio"/> 自 立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全部介助		
		オムツの使用	<input type="checkbox"/> な し	<input type="checkbox"/> 夜のみ	<input type="checkbox"/> 昼夜共		<input type="checkbox"/> 紙パンツ
	入 浴	状 態	<input type="radio"/> 自 立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全部介助		
		形 態	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 中間浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴		
	更 衣		<input type="radio"/> 自 立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全部介助		
	視 聴 力	視 力	<input type="radio"/> 普 通	<input type="radio"/> やや悪い	<input type="radio"/> 目の前が見える	<input type="radio"/> ほとんど見えない	
		聴 力	<input type="radio"/> 普 通	<input type="radio"/> やや悪い	<input type="radio"/> 大声が聞き取れる	<input type="radio"/> ほとんど聞こえない	
		使 用	<input type="checkbox"/> メガネ	<input type="checkbox"/> 補聴器			
	言 語		<input type="radio"/> はっきり話す	<input type="radio"/> 聞き取りにくい	<input type="radio"/> 聞き取れない	<input type="radio"/> 話せない	
	意 思 疎 通	会話理解	<input type="radio"/> 可 能	<input type="radio"/> 一部可能	<input type="radio"/> やや困難	<input type="radio"/> 困 難	
		意思表示	<input type="radio"/> 可 能	<input type="radio"/> 一部可能	<input type="radio"/> やや困難	<input type="radio"/> 困 難	
認 知 症 ・ 精 神 の 症 状	自分の名前を言う		<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない			
	生年月日を言う		<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない			
	今の季節を理解		<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない			
	場所の理解		<input type="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない			
	被害的意識		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	作話		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	感情が不安定		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	昼夜逆転		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	繰言・過度の訴え		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	興奮・大声・奇声		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	介護に抵抗		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	帰宅願望		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	盗癖・収集癖		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	独り言・独り笑い		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	幻想・妄想・幻聴		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	攻撃的言動・行為		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	不潔行為		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
	過食・盗食・異食		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：		
衣類や物の破壊		<input type="radio"/> な し	<input type="radio"/> あ り	様子・頻度：			
<input type="checkbox"/> 何らかの認知症の症状を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意してみていれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする							