

日常生活動作チェックシート NO.2

氏名

※記入漏れの無い様をお願い致します。

生活・認知機能尺度

①-1	<p>身近なもの(たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など)を置いた場所を覚えていますか ※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 常に覚えている <input type="checkbox"/> 4 たまに(週1回程度)忘れることはあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 3 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある(思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度) <input type="checkbox"/> 2 きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 1 忘れたこと自体を認識していない	
①-2	<p>身の回りに起こった日常的な出来事(たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など)をどのくらいの期間、覚えていますか ※最近1週間の様子を評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 1週間前のことを覚えている <input type="checkbox"/> 4 1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている <input type="checkbox"/> 3 数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている <input type="checkbox"/> 2 昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている <input type="checkbox"/> 1 全く覚えていられない	
②	<p>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか ※上位レベルのものと下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例:1と3に該当し、2に該当しない場合⇒1を選択する</p>
<input type="checkbox"/> 5 年月日はわかる(±1日の誤差は許容する) <input type="checkbox"/> 4 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 3 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる(家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等) <input type="checkbox"/> 2 その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 1 自分の名前がわからない	
③	<p>誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか ※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します</p>
<input type="checkbox"/> 5 会話に支障がない(「○○だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をするができる) <input type="checkbox"/> 4 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる(「○○だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をするにはできない) <input type="checkbox"/> 3 普通に会話にはできるが、具体的な要求を伝えることはできない(「暑い」「お腹が空いた」などの具体的な要求は伝えられない) <input type="checkbox"/> 2 会話が成り立たないが、発語はある(発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える) <input type="checkbox"/> 1 発語がなく、無言である	
④	<p>一人で服薬ができますか ※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 自分で正しく服薬できる <input type="checkbox"/> 4 自分で用意して服薬できるが、たまに(週1回程度)服薬し忘れることがある <input type="checkbox"/> 3 2回に1回は服薬を忘れる <input type="checkbox"/> 2 常に薬を手渡しすることが必要である <input type="checkbox"/> 1 服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である	
⑤	<p>一人で着替えることができますか ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる <input type="checkbox"/> 4 季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる <input type="checkbox"/> 3 促してもらえれば、自分で着脱衣ができる <input type="checkbox"/> 2 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある <input type="checkbox"/> 1 着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある	
⑥	<p>テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 自由に操作できる(「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる) <input type="checkbox"/> 4 チャンネルの順送りなど普段している操作はできる(「単純な操作」であれば自分で行うことができる) <input type="checkbox"/> 3 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える(「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる) <input type="checkbox"/> 2 リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない(何をやる電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない) <input type="checkbox"/> 1 リモコンが何をやるものか分からない	

日常生活動作チェックシート NO.3

氏名

※記入漏れの無い様にお願致します。

精神の状況	睡眠	1 よく眠れる 2 夜間に起きる 3 あまり眠れない 4 眠剤服用にて眠れている 5 昼夜逆転傾向
	体交	1 有り(時間毎必要、ポジショニング注意事項:) 2 無し
	使用マットレス種類	
	記憶	1 名前 [可・不可] 2 年齢 [可・不可] 3 生年月日 [可・不可]
		2 出生地 [可・不可]
	※本人からの聞き取り	
	意識	1 今日の日付 [可・不可] 2 年齢 [可・不可] 3 現住所 [可・不可]
		4 今世話をしてくれる人は誰ですか。⇒
		5 誰かと住んでいますか。[居る・居ない] 居る場合⇒
		6 体に悪いところはありますか。[有・無]⇒
※下記に該当する項目に○印をつけ、その状態を特記事項に記入する。		
1 意思の疎通 2 物忘れ 3 多弁 4 独語 5 過食 6 拒食 7 大声 8 昼夜の区別		
9 嘘作り話 10 性的異常行動 11 自分のものと他人のものとの区別 12 そう・うつ 13 徘徊		
14 幻覚・幻聴 15 痙攣発作 16 被害妄想 17 弄便 18 火遊びする 19 外出時の様子		
20 攻撃的言動 21 介護拒否 22 自殺する様な行動 23 寡黙 24 盗癖 25 収集癖 26 帰宅願望		
特記事項(No.を書いて記入)		
認知症	認知症の診断 [なし あり](診断日 年 月 日: <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> レビー小体病 <input type="checkbox"/> その他())	
	まったくない ほとんどない 時々ある よくある 常にある	
	・忘れてしまうことが多いため、同じことを何度も聞いてしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・よく物をなくしたり、置場所を間違えたりする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・日常的な物事に興味を持ってない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・他人が納得できる根拠がない状況で、他人に文句を言ってしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・昼間、寝ていることが多い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・過度に歩き回ることが多い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・同じ動作を何回も繰り返してしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・荒い口調で相手を責めるような言葉を出してしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・服装が場違いな、あるいは季節に合わない場合がある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・世話をしてもらおうことを受け入れられない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・周囲にわかってもらえるような理由なしに物を貯め込んでしまう <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	・引き出しやたんすの物を取り出そうとして、中身を全部出してしまうことがある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
・意思疎通 <input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない		
・起床 <input type="checkbox"/> いつも定時に起床している <input type="checkbox"/> 起こさないと起床しない事がある <input type="checkbox"/> 自分から起床する事は無い		
・食事 <input type="checkbox"/> 自分から進んで食べようとする <input type="checkbox"/> 促されると食べようとする <input type="checkbox"/> 食事に関心がない、まったく食べようとしない		
・排泄 <input type="checkbox"/> いつも自ら尿意便意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う <input type="checkbox"/> 時々、尿意便意を伝える		
<input type="checkbox"/> 排泄に全く関心がない		
・リハビリ・活動 <input type="checkbox"/> 自らリハビリに向かう、活動を求める <input type="checkbox"/> 促されて向かう <input type="checkbox"/> 拒否、無関心		
了解度	1 一度言えば了解して忘れない 2 了解するが忘れやすい 3 了解するがすぐ忘れる	
	4 容易に理解が出来ない(会話は出来るが内容は不一致のことが多い) 5 まったく了解できない(内容がまったく不一致である)	
その他	近所付き合い 1 よく面倒を見てもらう 2 ときどき 3 挨拶する程度 4 交流してない	
道路環境	1 問題なし 2 交通量が多い 3 坂道がある 4 段差がある 5 歩道状況が悪い	
令和 年 月 日 医療機関名・事業所名		
所在地		
電話番号		
管理者名 印		
記載者名 印		