

日常生活動作チェックシート NO.1

記入日 令和 年 月 日

氏 名	男 ・ 女				歳	身長	cm	体重	kg				
要介護度	1	2	3	4	5	申請中 区分変更中(月 日付)			HDS-R /30				
認知症老人の日常生活自立度	I		II		IIa	IIb	III	IIIa	IIIb	IV	M	MMSE /30	
身体 の 状 況	視 力	1 普通		2 やや悪い		3 人や物の動きが分かる		4 ほとんど見えない		眼鏡: 有 ・ 無			
	聴 力	1 普通		2 大声で聴こえる		3 耳元大声で聴こえる		4 ほとんど聴こえない		補聴器: 有 ・ 無			
	言 語	1 普通		2 聴きとり難い		3 聴き取れない		4 ほとんど話せない		筆談: 可 ・ 不可			
	特記事項												
基本 動 作	寝 返 り	1 自立		2 一部介助()		3 全介助		抑制		有 ・ 無			
	起き上がり	1 自立		2 一部介助()		3 全介助		詳細:()					
	座 位 保 持	1 自立		2 一部介助()		3 全介助							
	立ち上がり	1 自立		2 一部介助()		3 全介助							
	立 位 保 持	1 自立		2 一部介助()		3 全介助							
日常生活動作能力・介護状況	歩 行	1 自立 2 杖・歩行器使用により可(種類)											
		3 つかまり歩き・歩行介助 4車椅子使用(自操: 可 不可 種類:) 5 歩けない											
		転倒	1 無		2 時々する(頻度:)		3 よくする(頻度:)						
	行 動 範 囲	1 単独外出 2 家の周り 3 屋内のみ 4 床の上											
		4の場合 1 腰掛足投げ出し 2 座位介助 3 寝返り(可 ・ 不可)											
	食 事	1 箸・スプーン(使用自立) 2 手づかみ 3 全介助 トロミ											
		特別食の指示	1 無		2 有()		1日のトータル提供kcal		kcal		有 ・ 無		
		食事形態	主食: 1 常食 2 半粥 3 全粥 4ソフト 5 ミキサー 6 流動 (どの程度:)										
			副食: 1 常菜 2 一口大 3 刻み 4 みじん 5 ソフト 6 ミキサー										
		摂取状況	1 全量 2 ほぼ全量 3 (割～ 割) 4 ムラがある										
		飲水状況	1 (経口にて) cc ～ cc 2 促し必要 3 点滴中 ()										
		好きなもの						嫌いなもの					
		アレルギー	無し 有り()					義歯: 有 (上 ・ 下) ・ 無					
	排 泄	場所	1 トイレ		2 ポータブルトイレ		3 尿器		4 オムツ交換にて対応		排泄回数		
		日中	1 自立		2 一部介助()		3 全介助		4 バルーン留置		()回		
		夜間	1 自立		2 一部介助()		3 全介助		4 バルーン留置		()回		
		使用品目	1 布パンツ		2 リハビリパンツ		3パット		4 紙オムツ		5 他()		
		失禁	1 有	尿意	1 有	便意	1 有	便秘	1 有	下剤	1 有(種類:)		
			2 無		2 無		2 無		2 無		2 無 (頻度:)		
		特記事項											
	更 衣	1 自立		2 一部介助()		3 全介助							
	入 浴	1 自立		2 一部介助()		3 全介助		拒否		有 ・ 無			
		入浴方法	1 寝台浴 2 座位浴 3 一般浴 4 シャワー浴 5 清拭										
在宅入浴		1 1週間 回[入浴 ・ シャワー ・ 清拭] 2 入浴サービス											
特記事項													
整 容	1 洗顔 [可 ・ 不可] 2 歯磨き・義歯洗い [可 ・ 不可]												
	3 身だしなみ [可 ・ 不可] 2 うがい・口ゆすぎ [可 ・ 不可]												
電 話	1 使える[カード ・ 硬貨] 2 使えない												
洗 濯	1 下着・ハンカチ等小物を洗うことが [できる ・ できない] 2 洗濯機使用 [できる ・ できない]												
外 出	一人で電車・バスに [乗れる ・ 乗れない]												
生活 状 況	一日の 状況	* 起床[時頃] * 朝食[時頃] * 昼食[時頃] * 夕食[時頃] * 就寝[時頃] * おやつ(習慣) [あり ・ なし] * 日中はどんなことをして過ごしていますか[]											
	ナースコール	1 自ら押す 2 押さない 3 押せない 4 理解できない											

※記入漏れの無い様お願い致します。

日常生活動作チェックシート NO.2

氏 名

※記入漏れの無い様にお願い致します。

生活・認知機能尺度

①-1	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
☐ 5 常に覚えている ☐ 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 ☐ 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) ☐ 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 ☐ 1 忘れたこと自体を認識していない	
①-2	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
☐ 5 1週間前のことを覚えている ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 1 全く覚えていられない	
②	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
☐ 5 年月日はわかる(±1日の誤差は許容する) ☐ 4 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 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) ☐ 2 その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐ 1 自分の名前がわからない	
③	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
☐ 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) ☐ 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とはできない) ☐ 3 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる(「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない) ☐ 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) ☐ 1 発語がなく、無言である	
④	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
☐ 5 自分で正しく服薬できる ☐ 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 ☐ 3 2回に1回は服薬を忘れる ☐ 2 常に薬を手渡しすることが必要である ☐ 1 服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である	
⑤	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
☐ 5 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる ☐ 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 ☐ 3 促してもらえれば、自分で着脱衣ができる ☐ 2 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある ☐ 1 着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある	
⑥	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
☐ 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) ☐ 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) ☐ 3 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える(「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) ☐ 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) ☐ 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い致します。				
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 体に悪いところがありますか。[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 : ☐ アルツハイマー病 ☐ レビー小体病 ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・よく物をなくしたり、置場所を間違えたりする ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・日常的な物事に興味を持ってない ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・昼間、寝ていることが多い ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・過度に歩き回ることが多い ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・同じ動作を何回も繰り返してしまう ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・荒い口調で相手を責めるような言葉を出してしまう ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・服装が場違いな、あるいは季節に合わない場合がある ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・世話をしてもらうことを受け入れられない ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
	・意思疎通 ☐ 自分から挨拶する、話し掛ける ☐ 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる ☐ 反応がない					
	・起床 ☐ いつも定時に起床している ☐ 起こさないと起床しない事がある ☐ 自分から起床する事は無い					
	・食事 ☐ 自分から進んで食べようとする ☐ 促されると食べようとする ☐ 食事に関心がない、まったく食べようとしない					
	・排泄 ☐ 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 ☐ 時々、尿意便意を伝える					
	☐ 排泄に全く関心がない					
・リハビリ・活動 ☐ 自らリハビリに向かう、活動を求める ☐ 促されて向かう ☐ 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 まったく理解できない(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	