

日常生活動作能力調査表

利用者氏名 _____ 様

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.1)

食事	自分でできる ・箸 ・スプーン ・フォーク	だいたいできる 食べこぼし 有 ・ 無	手伝っている 〔口までもっていけば 食べられる〕	食べられない	入れ歯 有→ 上 ・ 下 無 一部分
食べ物の 形態	普通食	お粥	きざみ食	流動食	経管栄養
禁止食品					
嫌いな食べ物					
飲み物	自分で飲める ・コップ ・ストロー ・吸い飲み	手伝っている 〔口までもっていけば 飲める〕	飲む事ができない ・むせが多い ・飲めない	とろみ剤 有 ・ 無	
排泄	自分でできる ・尿器の使用 有 ・ 無	ポータブルトイレ ・自力 ・夜のみ	決まった時間に 声を掛けてトイレに 誘っている	紙パンツ オムツ ・一日中 ・夜のみ	便意 有 ・ 無 尿意 有 ・ 無
更衣 (上着)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
更衣 (ズボン)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
入浴	自分でできる	手伝っている ・浴槽の出入り ・髪を洗う ・身体を洗う	シャワーのみ 身体を拭いている	していない	入浴サービス利用
座位	支えがなくても 一人できる	手すりにつかまれば 座ってられる	背もたれがあれば できる	できない	座位保持時間 分
車椅子	乗り移り、自操ともに 一人できる	乗り移りだけ 手伝っている	全部手伝っている	使用していない	
歩行	一人で歩く事ができる	つかまりながら一人で 歩く事ができる	付添い、介助があれば 歩く事ができる	できない	歩行用具 杖・歩行器・押し車
聴力	よく聞こえる	大きな声で話せば 聞こえる	耳元で大きな声で 話せば聞こえる	聞こえない 右 ・ 左	補聴器 有 ・ 無
視力	新聞の文字が 見える	新聞の見出しが 見える	大きな文字は 見える	見えない 右 ・ 左	眼鏡 有 ・ 無
意志の疎通	日常会話が 充分可能	簡単な質問や 聞き直し等の工夫で 可能	ジェスチャー (うなずき等) や、 文字盤で伝達可能	できない	言語障害 有 ・ 無
テール の使用	できる	できることもある	できない	わからない	
ベット柵	使用していない		使用している⇒ 本		
認知症	有：行動で気になること 無				

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.2)

タバコは吸いますか	はい (1日	いいえ 本)	物忘れをしますか	はい	いいえ
お酒は飲みますか	はい	いいえ	家族の名前がわかりますか	はい	いいえ
金銭の管理はできますか	はい	いいえ	自分の家がわかりますか	はい	いいえ
夜はよく眠れますか	はい	いいえ	妄想や幻想はありますか	はい	いいえ
集団生活はできるほうですか	はい	いいえ	大きな声を出したりしますか	はい	いいえ
カッしたり、イライラすることはありますか	はい	いいえ	暴力をふるうことがありますか	はい	いいえ
自分の名前はわかりますか	はい	いいえ	昼と夜を間違えますか	はい	いいえ
自分の年齢はわかりますか	はい	いいえ	一人でウロウロ歩き回りますか	はい	いいえ
身長・体重をお書き下さい	身長_____cm 体重_____kg				
性格を簡単にお書きください					