

日常生活動作調査票

利用者氏名 _____ 様

記入者 _____ (本人との関係 _____ 所属 _____) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 自立度:障害老人(_____) 認知老人(_____) HDS-R _____ 点

※項目全ての該当する場所に○をつけてください。

食事	摂取方法	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 / 胃ろう(内容 _____)		
	食事制限	エネルギー(_____ Kcal/日) ・ 療養食 有【内容; _____】 ・ 無		
	形態	主食	米飯 全粥 五分粥 流動(ミキサー) おにぎり その他(_____)	
		副食	普通 一口大 刻み みじん ミキサー その他(_____)	
	摂取量	(_____ 割)	補食 無 ・ 有(_____)	
嚥下	問題なし 問題有り(状況 _____) 【とりみ使用】 有 ・ 無			
移動	歩行	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 不可		
		【補助具】 杖 歩行器 その他(_____) 【範囲】 屋外 屋内 ベッド周囲 リハのみ 転倒(無 ・ 有) ⇒有の場合は頻度・状況(_____)		
車椅子	【種類】自操式(自操可 不可) ・ 介助式・リクライニング式 【所持】私物 施設 レンタル			
動作	座位	自立 背もたれがあれば可 出来ない 【座位時間 _____ 時間 _____】		
	立位保持	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 不可		
	立ち上がり	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助 不可		
	移乗	自立 見守り 一部介助(介助内容 _____) 全介助()人介助 不可		
	寝返り	自立 つかまれば可 全介助	起き上がり	自立 一部介助 全介助
排泄	日中	尿意	ある あいまい ない 便意 有る あいまい ない	
		方法	自立 誘導のみ 一部介助(介助内容 _____) 全介助	
		回数	トイレ ポータブルトイレ 尿器 人工肛門造設 パルーン留置 昼(_____)回 定時誘導又は交換 ナースコール対応	
	オムツ	紙おむつ リハビリパンツ パット 布パンツ 【失禁】 常時 ・ 時々 ・ 無		
	夜間	方法	自立 誘導のみ 一部介助(介助内容 _____) 全介助	
		回数	トイレ ポータブルトイレ 尿器 人工肛門造設 パルーン留置 夜(_____)回 定時誘導又は交換 ナースコール対応	
		オムツ	紙おむつ リハビリパンツ パット 布パンツ 【失禁】 常時 ・ 時々 ・ 無	
整容	入浴方法	自立 見守り 一部介助(_____) 全介助 歩行浴 座位浴 臥位浴 シャワー浴 清拭のみ		
	整容	自立 見守り指示 一部介助 全介助		
	更衣	自立 見守り指示 一部介助 全介助		
身体状況	麻痺	無 ・ 有(_____ 部位 _____)		
	拘縮	無 ・ 有(_____ 部位 _____)		
	床ずれ	無 ・ 有(部位/大きさ _____)(処置内容 _____) 【予防具】 不要 ・ 要 ⇒ エアマット ・ 体圧分散マット ・ 車椅子用クッション ・ その他(_____)		
詳細・特記事項 _____				
コミュニケーション	意思疎通	【伝達】可能 ・ ある程度可能 ・ 不可 【理解】可能 ・ ある程度可能 ・ 不可 【表現方法】 会話 身振り 筆談 その他(_____)		
	視力	問題なし 低下(右・左) 失明(右・左) 【眼鏡使用】 無 ・ 有(自己管理可・不可)		
	聴力	問題なし 難聴(右・左) 失聴(右・左) 【補聴器使用】 無 ・ 有(自己管理可・不可)		
	ナースコール	自ら押す(内容: _____) 押さない 押せない		
精神面	睡眠	睡眠状態(よく寝れる 時々起きる 頻繁に起きる 眠れない) 眠剤(要・不要) 昼夜逆転(無・有) 夜間声だし・寝言等(無・有) 環境(布団・ベッド)		
	問題行動	抑制	徘徊 ・ 収集癖 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 声だし	
			暴力 ・ 性的逸脱行為 ・ 介護拒否	
			重ね着 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 作話	
	不穏 ・ 見当識障害 ・ 脱衣 ・ 物忘れ	安全ベルト 無 ・ 有		
詳細・特記事項	ベッド柵 (_____)本柵			
リハビリ	つなぎ 無 ・ 有			
リハビリ	その他 無 ・ 有(_____)			
リハビリ	リハビリ担当者よりコメントをお願いします。 担当者氏名: _____			

診療情報提供書

令和 年 月 日

下記の者について通所リハビリテーションの利用を指示します

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 印

患者氏名

患者住所

性別 男・女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業

傷病名・症状経過・治療経過(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴及び家族歴

現在の処方

血液検査	B型肝炎		*血液検査は市町村が実施する基本健康診査の結果データを添付することで読みかえられます
	C型肝炎		
	梅毒		
結核性疾患	有・無		
検査日 (1年以内のデータ)	令和 年 月 日		

日常生活活動(ADL)の状況注意点(該当するものに○)		注意点・禁忌事項
移動	自立 見守り 一部介助 全面介助	
食事	自立 見守り 一部介助 全面介助	
入浴	自立 見守り 一部介助 全面介助	

利用時の各種加算利用の必要性(該当するものに○)		利用時の指示事項・注意点・禁忌事項
運動器機能向上	(個別的)リハビリテーション	
栄養マネジメント・栄養改善	口腔機能向上	
若年性認知症ケア		

備考

温熱療法 可・不可

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。