

# 日常生活についてのアンケート 〈当てはまる物に○をつけて下さい〉

利用者氏名

様

記入日(

)

1、食事	<p>当てはまる箇所に○を記入して下さい</p> <p>1. 食事は自分で食べる事が出来る 箸 ・ スプーン ・ 自助具 ・ フォーク</p> <p>2. 多少の介助があれば食べる事が出来る 3. 自分で食べる事が出来ず全介助</p> <p>【主食について】</p> <p>〈朝〉 : 1. パン 2. パン粥 3. ミキサー食 4. お粥</p> <p>〈昼・夕〉 : 1. 米飯 2. お粥 3. ミキサー食 4. ソフト食</p> <p>【副食について】</p> <p>1. 形あり 2. 一口大 3. きざみ (                  cmきざみ) 4. 極キザミ 5. ミキサー食</p> <p>6. ソフト食 / とろみ (あり ・ なし)</p> <p>水分トロミ なし ・ あり 『1. うすめ(ずっと流れる) 2. ふつう(とろとろ流れる) 3. 濃いめ(流れにくい)</p> <p>〈アレルギー〉 有(                                  ) ・ 無 / 〈摂取量〉                          割</p> <p>種類 1. 普通 2. 治療食(                                  ) / 嚥下状態 良好 ・ 不調(                                  )</p> <p>嗜好 1. 牛乳 飲める ・ 飲めない(りんごジュース ・ コーヒー牛乳) 2. 禁止(                                  )</p> <p>食事用のエプロンは必要ですか                          はい ・ いいえ</p> <p>PEG 1、PEGの種類(                                  )</p> <p>2、1日の注入量(                          kcal×                  回) 3、水分量(                                  )</p> <p>4、注入食名(                                  ) 5、最終PEG交換日(                                  )</p>
2、排泄	<p>1、自分でトイレに行き一連の動作や後始末も出来る</p> <p>2、声かけやトイレ誘導・一部介助があれば出来る 3、すべてにおいて介助が必要</p> <p>尿意(有 ・ 無) 便意(有 ・ 無) バルーン(                                  ) 最終交換日(                                  )</p> <p>トイレの回数：日中(                  )回 夜間(                  )回 / 便の回数：(                  回/                  日)</p> <p>便秘時薬剤使用：無 ・ 有 薬剤名(                                  )</p> <p>〈日中〉 1、布パンツ 2、リハビリパンツ 3、紙オムツ 4、尿パット 5、ポータブル・トイレ 6、トイレ誘導</p> <p>〈夜間〉 1、布パンツ 2、リハビリパンツ 3、紙オムツ 4、尿パット 5、ポータブル・トイレ 6、トイレ誘導</p>
3、入浴	<p>1、自立 2、一部介助 3、全介助 (普通浴 ・ チェアー浴 ・ オンラインバス)</p>
4、歩行	<p>1、独歩 2、杖 3、つかまり歩き 4、歩行器 5、シルバーカー</p> <p>6、車椅子(自操可能 ・ 全介助) リクライニング (座位時間                                  )</p>
5、移乗	<p>1、自力で出来る 2、柵を持っていれば出来る 3、支えがあれば出来る 4、全介助</p>
6、起座	<p>1、自力で出来る 2、柵を持っていれば出来る 3、一部介助が必要 4、全介助</p>
7、立位	<p>1、自分で立てる 2、支えがあれば出来る 3、一部介助があれば出来る 4、出来ない</p>
8、寝返り	<p>1、自力で出来る 2、何かにつかまれば出来る 3、一部介助が必要 4、全介助</p>
9、更衣	<p>〈上着〉 (自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助) ※ 複数選択可</p> <p>〈ズボン〉 (自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>特記事項 :</p>
10、口腔ケア	<p>1、義歯(無 ・ 有)(上 ・ 下)(一部 ・ 総義歯) 2、歯磨き(自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)</p> <p>3、うがい(自立 ・ 一部介助 ・ 出来ない)</p>
11、洗顔	<p>1、自立 2、要介助</p>

12、聴力	1、聞こえる 2、聞こえにくい(右・左) 3、聞こえない(右・左) / 補聴器 有・無
13、視力	1、見える 2、見えにくい(右・左) 3、見えない(右・左) 4、その他( ) / 眼鏡 有・無
14、目薬	1、有(眼科処方・市販) 2、無 点眼薬名( )
15、皮膚 状態	1、( )乾燥 / 部位( ) 2、( )掻痒感 / 部位( )
	3、( )落屑 / 部位( ) 4、( )内出血 / 部位( )
	5、( )かき傷 / 部位( ) 6、( )湿潤 / 部位( )
	7、その他( ) ※ 複数選択可
16、褥瘡	1、有(部位 ) / 処置( ) 2、無
17、睡眠	1、良眠・睡眠時間( )時間ほど 2、頻繁に起きる( )時間ごと 3、不眠:薬剤を服用していますか はい(薬剤名 ) いいえ
18、問題 行動に ついて	当てはまる箇所に○を記入して下さい 1、( )すぐに興奮したり、落ち着きが無い事や怒りっぽくなることもある。 2、( )暴力行為、攻撃的行為がある 3、( )徘徊がある 4、( )食物以外の物を口に運ぶ 5、( )他人の物まで食べてしまう 6、( )服を破ったり、器物を破損する傾向がある 7、( )幻覚や妄想がある 8、( )独語がある 9、( )気分が落ち込んだり、死にたいと言う事がある 10、( )収集癖がある。 11、( )不潔行為がある。 →( )所かまわず、放尿や排便をする ( )尿、便のイタズラがある 12、( )拒絶(拒薬・拒食・介護者への抵抗)がある 13、( )夜間起きて行動する事がある 14、( )昼夜 大声を出す事がある / ( )日中・( )夜間 15、( )家族の顔がわからない 16、その他( )
15、その他	1、インフルエンザ予防接種 無・有(日付け: ) 2、疥癬( ) 3、結核( ) 4、他科受診(定期受診) 有・無( ) 5、特養、他施設の申し込み状況(有・無) ( )