

入院生活チェックリスト Ver.2

Inventory Scale of Daily Activities for Sub-acute In-patients (ISDA)

作業療法の参考にしますので現在の生活の様子を教えてください

記 載 日: ____年 ____月 ____日 氏 名: _____

主 治 医: _____ 担当看護師: _____

生年月日: ____年 ____月 ____日 年齢: ____歳 入院年月日: ____年 ____月 ____日

病 室: 個室 ・ 有料個室 ・ 大部屋 (○をつけてください)

1. 現在の生活についてあてはまるところに線で印をつけてください

※ (記入例) 0 _____ 100
|

【睡眠について】
寝つき (大変悪い) 0 _____ 100 (大変よい)
|

朝の目覚め (大変悪い) 0 _____ 100 (大変よい)
|

眠った感じ (大変悪い) 0 _____ 100 (大変よい)
|

【食事について】
食欲 (全くない) 0 _____ 100 (非常にある)
|

空腹感 (全くない) 0 _____ 100 (非常にある)
|

食事量 (食べない) 0 _____ 100 (すべて食べる)
|

【整容について】
洗面・歯磨き (いわれてする) 0 _____ 100 (自分からする)
|

着替え (いわれてする) 0 _____ 100 (自分からする)
|

【現実感について】 健康な時を「普通」として答えてください

生活感 (あいまい) 0 _____ 100 (普通)
|

時間感覚 (あいまい) 0 _____ 100 (普通)
|

五感 (鈍感/敏感) 0 _____ 100 (普通)
|

〔作業遂行について〕健康な時を「普通」として教えてください

身体の動き（重い/鈍い/変な感じ）	0	100	(普通)
集中力	(落ちている)	0	100
持続力	(短い)	0	100
思考	(まとまらない)	0	100
効率性	(遅い/手際が悪い)	0	100
休息感	(ほっとできない)	0	100
とりかかり	(おっくう)	0	100
やる気	(出ない)	0	100

2. 現在の行動範囲について教えてください。あてはまるものすべてに○をつけてください
(病棟外での付き添い) 必要・不要(どちらかに○)

〔行動範囲〕

病室 ・ ホール ・ 喫煙コーナー ・ 病棟運動療法室 ・ 院内の売店 ・ 食堂
病棟周辺へ外出 ・ 作業療法室 ・ 外泊 ・ その他()

3. 入院生活でかかわりをもつのはどのような人ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください

同室の患者さん ・ 他室の患者さん ・ 医師 ・ 看護師 ・ 臨床心理士
作業療法士 ・ 理学療法士 ・ 学生 ・ その他()

4. 入院生活の空き時間をどのように過ごしていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください

寝る ・ ベッドに横になる ・ 本を読む ・ テレビをみる ・ 新聞を読む
ホールで過ごす ・ 卓球 ・ 自転車こぎ ・ 喫煙 ・ 買い物 ・ パソコン
他患者と一緒に過ごす ・ 散歩 ・ 洗濯 ・ ベッド周辺の整理 ・ ストレッチ体操
作業療法 ・ その他()

5. 現在気になっていること、気がかりなことなどをお書きください

()