

様式第1号-2 (第4条関係)

利用希望者の状況 (該当するものに○を付けてください。)

(1) 世帯状況			
世帯構成	1 独居 2 高齢者 (障がい者) のみの世帯 3 日中高齢者のみになる世帯 4 その他 ( )		
(2) 介護保険認定状況			
1 未申請 2 非該当 3 要支援 (1 2) 4 要介護 (1 2 3 4 5) 5 認定切れ			
(3) 障がい者手帳の有無			
手帳の種類	1 無 2 有 ( 身体 精神 療育 )		
等級		障がい名	
(4) 認知症の有無・状態			
状態	症 状・行 動		
自立・I	正常又は何らかの症状はあるが日常生活、社会的にほぼ自立		
II	時々道に迷う、金銭管理困難、内服薬の飲み忘れが目立つ、電話の対応が難しい等		
III	着替えや食事、トイレがうまくできない、火の不始末や不潔行為がある等		
IV以上	日常生活に支障をきたす症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる等		
(5) 日常生活動作等の状況 (※外出目的についてはあてはまるもの全てに回答してください。)			
歩行状態	1 独歩 2 杖使用 3 伝い歩き 4 押し車 5 その他 ( )		
転倒傾向	ここ1年間の転倒回数 ( 回)		
移動手段	1 車 (運転) 2 車・タクシー (同乗) 3 徒歩のみ 4 自転車・バイク		
買い物	1 自分 2 家族 3 その他 ( )		
食事の準備	1 自分 2 家族 3 配食利用 4 その他 ( )		
掃 除	1 自分 2 家族 3 その他 ( )		
外出頻度	1 ほぼ毎日 2 週2~3日 3 週1回程度 4 月数回 5 ほとんど出ない		
	昨年と比べて外出の回数が減っていますか→ 1 はい 2 いいえ		
外出目的	1 病院 2 近隣友人 3 買い物 4 趣味・楽しみ 5 デイサービス等・他 ( )		
視聴覚	視力 (1 普通 2 弱視 3 全盲) 聴力 (1 普通 2 やや難聴 3 難聴)		
(6) 健康状態			
健康状態	1 良好 2 普通 3 あまり良くない		
主病名	治療 ( 有 無 ) かかりつけ医 :		
	治療 ( 有 無 ) かかりつけ医 :		
直近の入院歴	~ 年 月 日 医療機関 ( )		