

様式第2号（第6条関係）

中野市移動支援事業利用者状況表

年 月 日記入

記入者 氏名

続柄

フリガナ 利用者氏名		生年 月日	年 月 日	歳 日	男・女	障害内容・程度
保護者氏名		住所			電話	()
家族以外の 緊急連絡先		住所			電話	()
利用者の日中 における活動先		住所			電話	()

次の表の該当項目に○をするか、必要事項を記入してください。

1 日常生活動作の状況

	自立	一部	介助	全介助
歩行	1 普通に歩ける	2 杖等を使用し時間がかかるが自分で歩ける	3 付添いがあれば歩ける 3-2 車椅子使用	4 歩行不可能
	必要な介助			
排泄	1 自分で昼夜ともトイレでできる	2 介助があれば自分でできる		3 自分ではできない
	必要な介助			
食事	1 自分で箸で食事ができる	2 スプーン等を使用すれば自分でできる	3 スプーン等を使用し一部介助すれば自分でできる。	4 自分ではできない
	必要な介助			
洗面 磨歯	1 自分でできる	2 介助があれば自分でできる		3 自分ではできない
	必要な介助			
着脱	1 自分で着脱できる	2 時間がかかってもどうにか自分で着脱できる	3 手を貸せば自分で着脱できる	4 自分ではできない
	必要な介助			

2 行動特性

行動特性	<ul style="list-style-type: none">・ 内容 ・ 原因、動機 ・ 通常の対応
------	--

3 その他参考事項

就寝・起床	朝 時 夜 時	遊び 趣味	
尿 間 隔	時間毎		
食 事	偏食 () アレルギー ()	性格	
意 思 の 伝 達 ・ 言 葉			

4 医療

かかりつけの医療機関やてんかん等の治療中の病気がある場合、記入してください

- ① 医療機関の名称
- ② 所在地
- ③ 電話番号
- ④ 病名
- ⑤ 服薬中の薬の種類

5 希望事項

介護に当たり、希望することや留意事項がある場合、要点を記入してください。