

中野市移動支援事業利用者状況表

年 月 日

記入者 氏名

続柄

フリガナ 利用者氏名				生年 月日	年 月 日
障がい名					
保護者氏名		住所		電話番号	
家族以外の 緊急連絡先		住所		電話番号	
利用者の日中 における活動先		住所		電話番号	

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 歯磨	(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"><li>・ 内容</li> <li>・ 原因、動機</li> <li>・ 通常の対応</li></ul>
------	--

## 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。