

記入者氏名
続柄

タイムケア事業利用者状況表

フリガナ 利用者氏名		生年 月日	年 月 日 歳	性別 男女	障害内容・程度
介護者氏名		住所	☐利用者の住所と同じ		TEL
家族以外の 緊急連絡先		住所			TEL
利用者の 日中における 活動先		住所			TEL

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 付き添いがあれば歩ける。 3-2 車いすを使用	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、一部介助を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 き	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 自分で着脱ができる。	2 時間がかかってもどうか自分で着脱ができる。	3 手を貸せば自分で着脱ができる。	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 その他の参考資料

就寝、起床	朝	時頃	夜	時頃	遊び	
夜尿	無		有(時々・毎日)		趣味	
食事	偏食()		アレルギー()		性格	
意志の伝達 ・言葉						

4 医療

かかりつけの医療機関やてんかんなど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。