

様式第2号（第4条関係）

タイムケア事業利用者状況表

記入者				続柄			作成日	月	日
利用者氏名	住所				生年月日	年 月 日 (歳)			
介護者氏名	住所				電話	()			
介護者以外の緊急連絡先	住所				電話	()			
障害の内容 程度	身障手帳	種 級		障害名					
	療育手帳	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2			精神保健手帳	1 ・ 2 ・ 3			

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 車いすを使用	4 歩行不可能
	必要な介助			
排せつ	1 自分でトイレでできる	2 介助があれば自分でできる		4 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 スプーン等を使用して、自分でできる	3 スプーン等使用で一部介助が必要	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		4 自分ではできない
	必要な介助			
衣服着脱	1 自分で着脱ができる	2 時間をかければどうにか自分でできる	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			

裏面へ

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

起床・就寝	朝 時頃 夜 時頃	遊び 趣味	
夜 尿	無 有 (時々・毎日)		
食 事	偏食 (), アレルギー ()	性格	
意志の伝達 言葉			
普段の日中の活動状況			

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とき記入してください。

- (1) 医療機関
- (2) 所在地
- (3) 電話番号
- (4) 病 名
- (5) 服薬中の薬

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。