別紙（様式第１号関係）

日常生活用具給付等事業利用者状況調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　利用者 | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | 明 大 昭　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | 男・女 |
| 居住地 |  | | | | | 電　話 | |  | |
| ２　身体の状況等 | | | | | | | | | |
| 視　　力 | | 普通・弱視・全盲 | | | 排せつ | | 自分で可・一部介助・全介助 | | |
| 聴　　力 | | 普通・やや難聴・難聴 | | | 食　　事 | | 自分で可・一部介助・全介助 | | |
| 言　　葉 | | 普通・少し不自由・不自由 | | | 入　　浴 | | 自分で可・一部介助・全介助 | | |
| 歩　　行 | | 自分で可・一部介助・全介助 | | | 着脱衣 | | 自分で可・一部介助・全介助 | | |
| 臥床状況 | | 普通・床に臥しがち・寝たきり　　（床ずれ　　有・無） | | | | | | | |
| 身障手帳 | | 有・無　（　　　種　　　級、障害内容　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 疾　　病 | | 有・無（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通院・往診）  かかりつけの（　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　）  医療機関名 | | | | | | | |
| 問題と  思われる  行　　動 | | 有・無（大声をだす・はいかいする・トイレがわからない  乱暴な言動がある・じぶんの名前がわからない・  自分の部屋がわからない・時々失禁する）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 家庭介護  の状況  又　　は  介護上の注意事項 | |  | | | | | | | |
| ３　健康保険証 | | | | | | | | | |
| 健康保険証の種類 | | | | 被保険者名 | | | | 記号・番号 | |
|  | | | |  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４　利用者の世帯の状況 | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | | 続柄 | 生 年 月 日 | | | 勤　　務　　先 | | 連絡先の電話番号 | |
|  | | |  |  | | |  | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |  | |
|  | | |  |  | | |  | |  | |
| ５　緊急時の連絡先 | | | | | | | | | | |
| ① | 氏名 |  | | | 住所 |  | | 電話番号 | |  |
| ② | 氏名 |  | | | 住所 |  | | 電話番号 | |  |
| ③ | 氏名 |  | | | 住所 |  | | 電話番号 | |  |
| ６　住居略図 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ７　備考 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |