

(表)

記入者氏名 続柄
-------------

タイムケア事業利用者状況表

年 月 日作成

ふりがな 利用者氏名 (被介護者)		生年月日	年 月 日	性別	男女	障害内容・程度
家族介護者 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 普通に歩くことができる。	2 杖等を使用し、時間がかかるが歩行できる。	3 付き添いがあれば歩行できる。 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。		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			
洗面歯磨き	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			
着脱	1 自分で着脱ができる。	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ができる。	4 自分ではできない。
	必要な介助			

(裏)

## 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	
意思の伝達・言葉			

## 4 医療

かかりつけの医療機関や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)服用中の薬の種類

## 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。