

利根町重度心身障害者介護慰労金 調査票

あてはまる番号に○をつけて下さい。

対象者	氏 名			
	障害等級等			
	現在の状況	1. 在宅 2. 病院に入院 3. 施設入所		
	入院の有無 (前年度4月1日 ～3月31日)	1. な し 2. あ り 入院先 () 期間 (年 月 日～ 年 月 日) 入院先 () 期間 (年 月 日～ 年 月 日) 入院先 () 期間 (年 月 日～ 年 月 日)		
	障害福祉サービスの利用有無	1. な し 2. あ り		
日常生活動作状況	臥床	1. ほとんどない 2. 寝たり起きたり 3. ねたきり		
	上記で1または2を選んだ方は下記もお答えください			
	1 食事	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	2 排便	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	3 入浴	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	4 衣服の着脱	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	5 寝起き	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	6 歩行	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	7 洗顔	1. ひとりでできる 2. 介助があればできる 3. できない		
	8 会話	1. 通じる 2. 少しは通じる 3. 通じない		
	9 問題行動	1. ほとんどない 2. 時々ある 3. 頻繁にある		