**介護用品給付利用者状況調書**

（担当ケアマネジャーが記入してください）

1. 利用者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 男 女 | 生年月日 | 大正昭和 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 | 浪江町大字 |
| 電話　（　　　）　　　－　　　　 |
| 要介護認定 | 被保険者番号 | ０００００ | 認定日　　　　年　　月　　日 |
| ・要支援（１・２） ・要介護（１・２）　・なし（非該当） |

1. 家族構成と介護の状況

|  |
| --- |
| ・独居 ・日中独居 ・高齢者のみの世帯 ・同居家族あり（　　　　　　　） |
| 利用者の状況を詳しく書いてください。 |  |

1. 現在の身体の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歩　行 | 一部介助 ・ 全介助 | 排　泄 | 一部介助 ・ 全介助 |
| 尿失禁 | ・なし・あり | （ありの場合は状況を具体的に書いてください） |
| 紙おむつ（尿取りパッド）の常時使用の有無 | なし　・　あり |

1. 認知症状（問題行動）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 問題と思われる行動 | ・なし・あり | ・徘徊する　　　・介護に抵抗する・大声を出す　　・不潔な行為がある |
| その他 | 〔　　　　　　　〕 |

1. その他特記事項

|  |
| --- |
|  |

記入者　氏　　名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

R03.04