

利用者等の状況票について

対象者 _____

記入者 _____

※ 記入についてはケアマネージャーが記入してください。

1 同居の家族構成について

*主たる介護者：氏名の前に○をつけてください。

	氏名	続柄	年齢	就労の有無	備考
				有・無	

2 対象者について

*あてはまる項目に○をつけてください。

- 認知症高齢者の日常生活自立度
自立・I a・II b・III・III a・III b・IV・M
- 障害高齢者の日常生活自立度
自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2

1. 睡眠の状況	良 眠 ・ 不 眠				
2. 眠剤を使用していますか。	有 ・ 無				
3. 昼夜逆転がありますか。	有 ・ 無				
4. 幻覚や幻聴がありますか。	有 ・ 無				
5. 短期記憶に支障ありますか。	有 ・ 無				
6. 意思疎通ができますか。	できる ・ できない				
7. 対象者がひとりになる時間がありますか。	有 ・ 無				
	その頻度は？	毎日	週に3～4回	週に1～2回	
	その時間は？	終日	半日程度	3～4時間	1～2時間

3 対象者のひとり歩きの状況について

*あてはまる項目に○をつけてください。() については記入してください。

- 今までにひとりで帰宅できなかったことがありますか。
有 (回) ・ 無
- 自宅などにおいてウロウロと落ち着かないことがありますか。
有 (毎日・週に3～4回・週に1～2回) ・ 無
- ひとりで外に出たがることがありますか。
有 (毎日・週に3～4回・週に1～2回) ・ 無
- トイレや自分の部屋が分からなくなることがありますか。
有 (毎日・週に3～4回・週に1～2回) ・ 無