

# 生活状況票

～枠内をご記入ください～

### 職員の確認欄

寝具乾燥消毒サービス  
紙おむつ使用料・傾聴ボランティア  
紙おむつ支給・出張理美容サービス  
家庭用卓上電磁調理器購入費助成  
見守りサービス助成

利用者	様
-----	---

記入日	年 月 日	記入者	様
利用者との続柄			

希望理由 } 利用者の生活状況等がいつ頃から、どのような原因で今のような状態になり、申請する福祉サービスがなぜ必要なのかを世帯の状況を含め、詳しく記入してください。

利用を希望している方の生活状況について、該当する数字を「○」で囲んでください。

- \* ○のつけ方 (目安)
- 1～年齢相応にできる状態
  - 2～多少時間がかかるがなんとかできる状態
  - 3～自分でやると時間がかかり、介助が必要な状態
  - 4～ほとんど自分では何もできない状態

身体状況				
移動	1 自分で歩ける	2 杖などを使えば一人で歩ける	3 歩行介助が必要	4 車イス等を利用
摂食	1 一人で可能	2 不自由はあるが独力で可能	3 人的な摂食介助が必要	4 摂食不可能
寝具の整理	1 自分で干せる	2 時間を要するが可能	3 親族等の手助けにより可能	4 親族を含め不可能
おむつ・パッドの使用状況	1 使わない	2 合計で1日2枚程度	3 合計で1日4枚程度	4 合計で1日5枚以上
精神的状況				
意思の伝達	1 通常の会話が可能	2 沈黙し返事が無い時がある	3 沈黙が多く、会話に無関心	4 意思の伝達が不可能である
理解力	1 大体理解している	2 一部不正確	3 理解できない事がある	4 理解ができない
判断力	1 大体正しく判断できる	2 一部不正確	3 判断できない事がある	4 正しい判断ができない
認知症の有無	1 認知症はない	2 軽度の認知症がある	3 中度の認知症がある	4 重度の認知症がある

<紙おむつ等支給>

1 紙おむつ支給

配送先	<input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	名称
		住所
		電話番号
開始月	月からの配送を希望します。	

※希望支給品については、決定通知に同封するパンフレットの中からお選びください。お選びいただけましたら、パンフレット記載の『0120』から始まる無料電話へ注文して下さい。

2 使用料助成

理由とおむつの使用場所についてご記入ください。

病院名 または 施設名		理由 <input type="checkbox"/> 病院などの施設指定のおむつしか使えない。 <input type="checkbox"/> その他 ※理由を記入してください。
住 所		
電話 番号		

<家庭用卓上電磁調理器助成申請書>

申請種目	種 目	形 式 規 模	価 格	個 数	葛 飾 区 記 入 欄	
					総額	円
申請種目	電磁調理器			1	公費負担額	円
	やかん					
	フライパン				申請者が負担する額	円
	片手なべ					
	両手なべ					

- \* 家庭用卓上電磁調理器と専用調理器具の合計金額が2万円以内になるようにお選びください
- \* 申請者が負担する額「1割分」は直接業者にお支払いください。
- \* 家庭用卓上電磁調理器と専用調理器具の組み合わせは、必ず区が指定する商品の中からお選びください。
- \* 専用調理器具のみの購入費助成はできません。
- \* 心臓ペースメーカーに影響を与える恐れがあります。心臓ペースメーカーをお使いの方は、医師とご相談ください。