

①体の状況

病気など	主治医の名前	受診の回数	くすり
(例) 膝が痛い	〇〇整形外科 △△先生	1、定期的 (1回 / 1月) 2、必要に応じて	1 あり 2 なし
両膝と腰が痛い	●●医院 ▲▲先生	1、定期的 (1回 / 1月) 2、必要に応じて	1 あり 2 なし
1. この1年間に入院したことがありますか。 (入院の理由: 両膝の手術)		はい	いいえ
2. 立ちくらみをすることがありますか。		はい	いいえ
3. 睡眠薬、降圧剤、精神安定剤を飲んでいますか。		はい	いいえ
4. 新聞や人の顔などが見にくいことがありますか。		はい	いいえ
5. 人の会話がよく聞こえないことがありますか。		はい	いいえ
6. 家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか。		はい	いいえ
7. 移動するときにシルバーカーや杖等を使用しますか。		はい	いいえ
8. 1キロぐらいの距離を歩くことができますか。		はい	いいえ
9. お風呂に入る時に・見守りや手助けが必要ですか。		はい	いいえ
10. トイレに間に合わないことがありますか。		はい	いいえ
11. 飲み込みにくかったり、むせることがありますか。		はい	いいえ
12. 最近、具合が悪いと感じることはありますか。 (症状:)		はい	いいえ
13. 何か困った時に相談する相手はいますか。 (だれ: 長女)		はい	いいえ

②サービスを利用するにあたり、心配なことがありましたら、ご自由にお書きください。

・軽度生活援助

- ・生きがい活動支援通所サービス を利用したいので、私の近況を自己申告いたします。
- ・生活管理指導短期宿泊事業

※上記のサービス事業の利用中及び通所の途中における事故に対して一切の責任を問わないことを誓約いたします。

※この自己申告書を市が委託している事業所(ヘルパー派遣事業所又は生きがい活動支援通所の委託先)に提供することに同意します。

○ 年 ○ 月 ○ 日 氏名 村上 太郎