

【別紙：訪問理美容サービス事業】

※裏面にも記入箇所がございます。

| | |
|-------|--|
| 対象者氏名 | |
|-------|--|

1. 対象者の身体状況について、1から8の該当する番号1つに○を付けてください。

| | |
|--|--|
| 【何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。】 | |
| 1 交通機関を利用して外出する。 | |
| 2 隣近所へなら外出する。 | |
| 【屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。】 | |
| 3 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 | |
| 4 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 | |
| 【屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座立を保つ。】 | |
| 5 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行なう。 | |
| 6 介助により車椅子に移乗する。 | |
| 【1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。】 | |
| 7 自力で寝返りをうつ（※下記参照）。 | |
| 8 自力では寝返りもうたない（※下記参照）。 | |
| ※ 7・8に○をつけた場合のみお答えください。 | |
| ◎ 椅子・車椅子等で座位をとれるか否かについて （ 可能 ・ 不可能 ） | |

2. サービス提供時の付添者について記入してください（必須）。

| | | | |
|-------------------|----------|-----------|--|
| 付添者種別 (いずれかに○) | 1 家族 | 2 ヘルパー | |
| | 3 ボランティア | 4 その他 () | |
| 付添者名 | 続柄 | | |
| | 電話番号 | | |

3. 緊急時の連絡先について記入してください（必須）。

| | | |
|----|------|--|
| 氏名 | 続柄 | |
| | 電話番号 | |

*市→業者連絡欄（※こちらには記入しないでください。）

| | | | |
|-------|-------------------|------|----------------------|
| 駐車場 | 有・無 | 希望曜日 | 全日可・平日のみ・土休日のみ・他 () |
| 希望時間帯 | 全時間帯可・日中のみ可・他 () | | |
| 特記事項 | | | |

