

# 健康状態自己申告書

(該当する項目に○をつけて下さい)

| 健康状態等          |                                |               |                  |
|----------------|--------------------------------|---------------|------------------|
| 現在治療中の病気(具体的に) |                                |               |                  |
| 通院している病院の名称    | 通院回数・週回                        |               |                  |
| 投薬の有無・種類       | 有・無                            | 薬の名称          |                  |
| 介護認定の有無        | 自立/非該当/要支援(1・2)/要介護(1・2・3・4・5) |               |                  |
| 日常生活の状況        |                                |               |                  |
| ①歩行            | 1. 普通に歩ける                      | ⑤入浴           | 1. 普通にできる        |
|                | 2. 杖などを使う                      |               | 2. 困難だが自分でできる    |
|                | 3. 車椅子で動ける                     |               | 3. 一部介助を要する      |
|                | 4. 介助を要する                      |               | 4. 全部介助を要する      |
| ②食事            | 1. 普通にできる                      | ⑥家事(買物・掃除・洗濯) | 1. 普通にできる        |
|                | 2. 困難だが自分でできる                  |               | 2. 困難だが自分でできる    |
|                | 3. 一部介助を要する                    |               | 3. 一部介助を要する      |
|                | 4. 全部介護を要する                    |               | 4. 全部介助を要する      |
| ③トイレ           | 1. 普通にできる                      | ⑦生活の中でのヘルパー利用 | 1. 利用している        |
|                | 2. 困難だが自分でできる                  |               | 2. 利用していない       |
|                | 3. 一部介助を要する                    |               | 1. 普通            |
|                | 4. 全部介助を要する                    |               | 2. 家の近所          |
| ④着替え           | 1. 普通にできる                      | ⑧日常生活の行動範囲    | 3. 家の中だけ         |
|                | 2. 困難だが自分でできる                  |               | 4. 自室寝床          |
|                | 3. 一部介助を要する                    |               | 5. 自動車を運転している    |
|                | 4. 全部介助を要する                    |               | 6. 電車、バス、等良く利用する |
| その他            |                                |               |                  |
| 病歴             |                                |               |                  |
|                |                                |               |                  |
|                |                                |               |                  |
|                |                                |               |                  |
|                |                                |               |                  |
|                |                                |               |                  |

私は、上記のとおり健康状態を申告いたします。 令和\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

シメイ

氏名 :

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生(満) 歳

〒 :

現住所 : 都・道・府・県/ 区・群/ 市・町・村

: