

日常生活状況申立書

様式4

※ 家族、介護者等が記入し、具体的状況については別紙を用いてください。

被災職員氏名	□男 ・ □女	作成年月日	令和 年 月 日
	歳	作成者氏名 (被災職員との関係)	( )
就労の状況 ① 無 ② 有 (③ 元の職場に復帰 ④ その他 ( ))			
質 問		答 え	
1	1人で食事を食べることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
2	1人で衣服を着脱することができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
3	1人で入浴することができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
4	1人で洗顔や整髪をすることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
5	1人でトイレを使うことができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
6	小便を漏らしますか	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
7	大便を漏らしますか	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
8	1人で家の中を移動することができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
9	1人で外出して帰宅することができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
10	1人で買い物をすることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
11	一桁のたし算はできますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> できない
12	簡単な買い物での釣り銭の計算はできますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
13	金銭の管理をすることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> 援助が必要
14	何をするにも指示が必要ですか	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 時々必要 <input type="checkbox"/> 頻繁に必要
15	かかってきた電話の内容を伝えることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
16	1人で電話をかけることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> できない
17	人の話を聞いてすぐに理解できますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
18	自分の考え方を相手に伝えることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
19	他人と話が通じますか	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 多少通じる <input type="checkbox"/> 通じない
20	家族と話が通じますか	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 多少通じる <input type="checkbox"/> 通じない
21	滑らかに話ができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> できない
22	話がまわりくどいですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> くどいこともある <input type="checkbox"/> くどい
23	適切な表現を使えますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> できない
24	今日は何月何日か分かりますか	<input type="checkbox"/> 分かる	<input type="checkbox"/> だいたい分かる <input type="checkbox"/> 分からない
25	同じことを何度も聞き返すことがありますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
26	数分前の出来事や聞いたことを忘れますか	<input type="checkbox"/> 忘れない	<input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる
27	昨日の出来事を覚えていますか	<input type="checkbox"/> 覚えている	<input type="checkbox"/> 多少覚えている <input type="checkbox"/> 覚えていない
28	事故以前のことを覚えていますか	<input type="checkbox"/> 覚えている	<input type="checkbox"/> 多少覚えている <input type="checkbox"/> 覚えていない
29	知人の名前を忘れがちですか	<input type="checkbox"/> 忘れない	<input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる
30	手順どおりに作業ができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
31	新しいことを覚えて身につけることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
32	1人で物事の判断ができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少できる <input type="checkbox"/> できない
33	一度気になるとこだわってしまいますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
34	わずかなことで興奮しますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
35	わずかなことでいらいらしますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
36	興奮すると乱暴しますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
37	場所をわきまえずに怒って大声を出しますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
38	家族や周囲の人とトラブルが多いですか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
39	全て自分中心でないと気に入らないですか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
40	わけもなくはしゃぐことがありますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
41	気分が沈みがちですか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
42	家に閉じこもることがありますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
43	大きな音などをうるさがりですか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
44	めまいやふらつきがありますか	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
45	支え無しに立っていることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> どうにかできる <input type="checkbox"/> できない
46	歩くとふらつきますか	<input type="checkbox"/> ふらつかない	<input type="checkbox"/> 多少ふらつく <input type="checkbox"/> ふらつく
47	右手の動きはどうか	<input type="checkbox"/> 動く	<input type="checkbox"/> うまく動かない <input type="checkbox"/> 全く動かない
48	左手の動きはどうか	<input type="checkbox"/> 動く	<input type="checkbox"/> うまく動かない <input type="checkbox"/> 全く動かない
49	右足の動きはどうか	<input type="checkbox"/> 動く	<input type="checkbox"/> うまく動かない <input type="checkbox"/> 全く動かない
50	左足の動きはどうか	<input type="checkbox"/> 動く	<input type="checkbox"/> うまく動かない <input type="checkbox"/> 全く動かない
51	その他に支障がありますか ( )	<input type="checkbox"/> ほとんどない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある