

様式第2号(第3条関係)

民 生 委 員 意 見 書

琴平町長 様

年 月 日

申請者	住 所				
	氏 名				
	連絡先	電 話	番		
ねたきり等の状態	氏 名 等	男・女	年 月 日生		
	ねたきり等になった日	年 月 日			
	ねたきり等になった原因	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> リウマチ神経痛 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 事故骨折 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> その他			
	日常生活	食 事	<input type="checkbox"/> 寝たまま食べさせてもらう。 <input type="checkbox"/> 横になって食べる。 <input type="checkbox"/> 物にもたれて食べる。		
		排 便	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> ひとりで便所にいけない		
入 浴		<input type="checkbox"/> ひとりで入浴できない。 <input type="checkbox"/> 常時身体をふくのみ			
主治医	住 所	特記事項			
	氏 名				
受診状況	回 数			月 回・週 回 薬だけ	
住 居	<input type="checkbox"/> 独立家屋 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 間借 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階 部屋数 室 ねたきり等の人の部屋 畳 日当たり <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良				

対象老人は、在宅でねたきりの状態であり、その介護者(申請者)は、当該老人と同居し、常時介護していることを証明します。

年 月 日

地区民生委員