

(1) 利用者の状況 (該当に☒)

①病名等

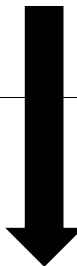
☐高血圧 ☐心臓病 ☐脳血管障がい ☐糖尿病 ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐呼吸器疾患 ☐神経症

☐リウマチ ☐関節炎 ☐その他 ()

②かかりつけ医療機関

医療機関名		住所			
主治医		電話番号			
③身体障害者手帳	☐ 有 ☐ 無 () 級	⑤療育手帳	☐ 有 ☐ 無	☐ A ☐ B	
④精神障害者保健福祉手帳	☐ 有 ☐ 無 () 級				

(2) 日常生活用具給付について (該当に☒)

①火の取り扱いについて	☐ 不安がある		☐ 問題なく使える
			
	②③をご記入ください		
② 不安がある理由	☐ （ア）認知症の症状があり火の扱いが難しいため。		
	☐ （イ）火を消し忘れ、鍋や床を焦がしたことがあるため。		
	☐ （ウ）火の消し忘れ、火災が発生したことがあるため。		
	☐ その他	※（ア）から（ウ）以外の理由があればこちらに記入	
③希望する用具	☐ 電磁調理器	1 台	
	☐ 火災警報器	☐ 1 台 ☐ 2 台	
	☐ 自動消火器	1 台	