

## 介護保険住宅改修理由書

被保険者番号	0000	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
被保険者氏名		要介護認定 (該当に○)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
住所	瑞穂町				

理由書	現地確認日	令和 年 月 日	作成日	令和 年 月 日
	氏名		資格(作成者が介護支援専門員でないとき)	
作成者	事業所名 及び連絡先	TEL		

身体状況	同居家族状況	家屋形態	高齢者の居住形態	過去に公費で改修した箇所・日付・内容	
1.脳血管障害 2.骨・関節障害 3.骨粗鬆症 4.リウマチ 5.パーキンソン症 6.内部疾患 7.糖尿病 8.高齢によるADL低下 9.その他( )	1.単身 2.夫婦 3.その他 ( ) ----- 合計( )人 うち65歳以上 ( )人	1.戸建(持家) 2.戸建(借家) 3.集合(持家) 4.集合(民賃) 5.集合(公賃) ----- エレベーター 有・無	1.戸建の場合 主に 階で生活 2.高齢者のいる居室 専用・共用 3.約 畳 日当たり 良・普通・不良	1.玄関等 2.居室 3.台所 4.浴室 5.便所 改修年 日 月 日	1.手すり 2.段差解消 3.滑り防止/床材変更 4.扉の取替え 5.便器取替え 6.階段昇降機 7.その他

総合状況		福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	改修前	改修後
利用者の身体状況		◎ 車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護状態		◎ 特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 床ずれ防止用品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により利用者は日常生活をどう変えたいか		◎ 体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 手すり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ 簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		◎ その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

在宅サービス利用状況 (利用中・利用予定)					
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> その他( )					
利用回数 週 回 時間					

活動	改善をしようとしている生活動作	具体的に困難な状況を記入してください	改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針を記入してください
排泄	<input type="checkbox"/> トイレへの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 便座からの立ち座り (移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ( )
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入 <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ( )
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 玄関から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒防止、安全確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ( )

**改修箇所 (改修項目番号に○)**

玄関	1	手すりの取付け	居室	1	手すりの取付け	浴室	1	手すりの取付け
	2	床段差の解消		2	床段差の解消		2	床段差の解消
	3	滑り防止・床材の変更		3	滑り防止・床材の変更		3	滑り防止・床材の変更
	4	引き戸等への扉の取替え		4	引き戸等への扉の取替え		4	引き戸等への扉の取替え
	5	その他 ( )		5	その他 ( )		5	その他 ( )
通路	1	手すりの取付け	台所	1	手すりの取付け	トイレ	1	手すりの取付け
	2	床段差の解消		2	床段差の解消		2	床段差の解消
	3	滑り防止・床材の変更		3	滑り防止・床材の変更		3	滑り防止・床材の変更
	4	引き戸等への扉の取替え		4	引き戸等への扉の取替え		4	引き戸等への扉の取替え
	5	その他 ( )		5	その他 ( )		5	洋式便器への取替え等

**保険者記入欄**

確認日	令和 年 月 日	評価欄
氏名		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	保険料未納 有 ・ 無