

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

利用者	被保険者番号	年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名	要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護							
	住所		1・2	1・2・3・4・5							

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

保険者	確認日	令和	年	月	日	評価欄
	氏名					

<総合的状況>

利用者の身体状況	福祉用具の利用状況と							
	住宅改修後の想定	改修前	改修後					
※入院中の場合、入院の経緯、退院の見込及び経過を記載して下さい。	●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	●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							
リハビリテーション専門職等の事前点検内容	リハビリテーション専門職または住環境コーディネーター等	所属医療機関・事業所名	職種	氏名	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	住宅改修の事前点検実施日		事前点検立会者名(家族・ケアマネジャーなど)及び続柄				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	令和 年 月 日		氏名() 続柄()				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>