

住宅改修が必要な理由書 (1)

<基本情報>

担当介護支援専門員等以外が作成する場合は、担当介護支援専門員等と十分に連携を図る必要があるため、担当介護支援専門員等が理由書を確認し、欄外のスペースなどに「事業署名」「名前（自書以外は押印必要）」「現地確認日」「書類確認日」を記入する。

〇〇事業所 名前 _____ 印
 現地確認日 年 月 日
 書類確認日 年 月 日

利用者	被保険者番号	年齢	生年月日	年 月 日	性別	□男 □女	現地確認日	年 月 日	作成日	年 月 日
	被保険者名前	要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護			所属事業所	自署以外の場合は、名前の横に押印		
	住所	1・2	申請中・1・2・3・4・5			資格	(作成者が介護支援専門員でないとき)			
						名前	〇〇 〇〇〇 印			
						連絡先				

利用者の身体状況	例えば、移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況を記述する。屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・歩行器利用など)は必ず記述する。	福祉用具の利用状況と 住宅改修後の想定			改修前	改修後	
介護状況	各種介護サービスや家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記述する。	●車椅子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	改修前と改修後 想定される福祉 用具の利用状況 を確認する。	<input type="checkbox"/>	
住宅改修により、 利用者等は日常生活 をどう変えたいか	住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいと思っているのか(特に何を希望しているのか)、また、その効果を記述する。 個々の工事内容など、改修方針・改修項目は2枚目へ記述する。	●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		●その他	<input type="checkbox"/>
		●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●体位交換機	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●手すり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●スロー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●歩行補助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●認知症老	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
		●移動用リ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・	<input type="checkbox"/>
●腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>			
●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>			
●入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>			
●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・	<input type="checkbox"/>			

