

住宅改修が必要な理由書 作成時の留意点

(P1)

<基本情報>

利用者	被保険者番号	0000	年齢	生年月日	大正・昭和
			歳		年 月 日
	被保険者氏名		要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護
				1・2	1・2・3・4・5
	住所	加古川市		・在宅 ・入院中	

作成者	現地確認日	年 月 日	作成日	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)		
		証書番号		
	氏名			
	連絡先			

在宅か入院中かを明記してください。
入院中に工事を行う場合、退院後に事後申請を行ってください。

介護支援専門員以外の方が理由書を作成する場合、資格証の写しの添付が必要です。
※写しを提出した場合、次回申請時以降、証書番号を記載することで、添付を省略することができます。

<総合的状況>

利用者の身体状況	立ち上がりや移動、姿勢保持などの生活動作に関する身体状況を記載してください。特に疾病や既往歴、移動方法など、住環境を考える上で重要な事項については必ず記載してください。	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">福祉用具の現状の利用状況と住宅改修後の想定</th> </tr> <tr> <th></th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>●車いす</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●特殊寝台</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●床ずれ防止用具</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●体位変換器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●手すり</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●スロープ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●歩行器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●歩行補助つえ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●認知症老人徘徊感知機器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●移動用リフト</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●腰掛便座</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●特殊尿器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●入浴補助用具</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	福祉用具の現状の利用状況と住宅改修後の想定				改修前	改修後	●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"/>
福祉用具の現状の利用状況と住宅改修後の想定																																															
	改修前		改修後																																												
●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"/>																																													
介護状況	介護サービスの利用状況や家族による介護状況について記載してください。 例) 食事、排泄は自分で行う。 入浴は週3回通所介護にて行っている。 独居だが、近隣に長女がおり、買い物は長女が行っている。																																														
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか																																															

福祉用具の利用について、住宅改修前後に想定される状況を記載してください。
※介護サービスによる福祉用具には限りません。
※「手すり」「スロープ」については、住宅改修で取り付けるものは含みません。

