

＜基本情報＞

利用者	被保険者番号	年齢	歳	生年月日	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○)		申請中 新規・区変	要支援	要介護 1・2 1・2・3・4・5				
	住所									

作成者	現地確認日	年	月	日	作成日	年	月	日
	所属事業所							
	資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()						
	氏名							
連絡先								

保険者	確認日	年	月	日	評価欄
	氏名				

リハビリテーション専門職 の助言の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 理学療法士 ・ <input type="checkbox"/> 作業療法士】
同居家族について	<input type="checkbox"/> 独居 ・ <input type="checkbox"/> 夫婦のみ ・ <input type="checkbox"/> その他 ()

＜総合的状況＞

利用者の 身体状況	<p>・ 主の疾患 ・ 身体の麻痺及び拘縮 ・ どんな動作ができて、どんな動作が不自由か 等を記入</p> <p>* 病歴を踏まえたうえで、移動、立ち上がり、姿勢保持など生活動作に関する身体状況を記載してください。 * 屋内・屋外移動方法については必ず記載してください。(例：伝い歩き、歩行器使用など)</p> <p>【記入例】 令和〇年〇月、変形性膝関節症を発症し、現在も膝の痛みが強く、歩行が不安定となっている。高血圧の既往があり、内服中。立ち座りは近くの支持物につかまってゆっくり行っている。屋内では所々壁や支持物を伝って歩いているが、段差の昇降時や扉の開閉時は特にふらつきがあり、転倒したこともある。屋外は自身で購入した杖を使って歩いている。</p>	福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定			
	介護状況	<p>・ 家族構成 ・ 介護状況(入浴・排泄) ・ 外出状況(手段・介助の有無) ・ サービス利用状況 等を記入</p> <p>* 主な介護者を含む家族の介護状況を記載してください。 * 現在利用している介護サービスについて記載してください。</p> <p>【記入例】 夫と2人暮らし。近隣に長男夫婦が住んでおり、週2,3回訪問し、買い物や通院(月1,2回)の支援をしている。排泄や入浴はゆっくりであれば自力で可能だが、不安を感じている夫が見守りをしている。週1回デイサービスを利用中。玄関に段差があるが、貸与の手すりを使って昇降できている。入浴時の膝への負担を軽減するため、シャワーチェアを購入予定。</p>	品目	改修前	改修後
		住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	<p>・ 日常生活をどう変えたいか『この改修をすることで、何が、どうなる、どうしたい』等を記入</p> <p>* 改修によって利用者や家族が現在の生活の動線をどのように変えたいのか記載してください。 * 『出来ていることを減らさないため』が目的というも、自立支援に向けた視点として記載できます。</p> <p>【記入例】 排泄の立ち座り動作の際、つかむところがなく不安定であるため、手すりを設置し、安全に立ち座りをしたい。またトイレの出入りの際に、バランスを崩して転倒したことがあるため、手前開きの扉を引き戸に変更し、転倒を防ぎたい。浴室の出入りと浴槽の出入りの際、支持物がなく転倒の危険がある。本人はできる限り自力で入浴することを希望しているため、手すりを設置し、安心して入浴できるようにしたい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 車いす ● 特殊寝台 ● 床ずれ予防用具 ● 体位変換器 ● 手すり ● スロープ ● 特殊尿器 ● 入浴補助用具 ● 簡易浴槽 ● その他 ・ 杖 ・ ・ 	<p>* 利用している福祉用具にチェックを入れてください。 (住宅改修での手すりやスロープ等はチェック不要です。) * 自費で購入したものがあればその他に記載してください。 * 今後利用予定のものがあれば、改修後にチェックを入れてください。</p>

複数の改修事業者から見積もりをとるように 利用者に説明したか	<input type="checkbox"/> 説明し、2社以上の見積もりをとった	<input type="checkbox"/> 説明したが、本人・家族の希望で1社しか とらなかった	<input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------------------	--	--	----------------------------------

* 理由書の作成者が担当ケアマネジャー以外の場合は、担当マネジャーが下記確認欄を記入してください。

担当ケアマネジャー 確認欄	事業所名	担当ケアマネジャー氏名	確認日	年	月	日
------------------	------	-------------	-----	---	---	---