

御中

FAX: _____

住宅改修相談表

下記ご利用者様の住宅改修を相談したく、ご検討いただきますようお願いいたします。

ご利用者様情報	被保険者氏名		生年月日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者番号			要介護認定期間	～	
	住所	〒		要介護認定		
	連絡先			希望訪問日時		
支援者情報	居宅介護支援事業所名			ケアマネジャー様氏名		
	電話番号			FAX番号		
介護・生活情報	身体状況	①持病、怪我、入院履歴				
		②不調のある体の部位				
		③困難な動作				
		④困難な程度				
	介護状況	①同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	介護者		
		②同居家族人数		うち65歳以上		
③介護者の状況・健康状態						
④日常生活動作時の介助内容						
在宅サービスの利用状況	サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		利用サービス	一週間の利用回数	一回の利用時間	
	外出機会の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
住宅改修	福祉用具利用状況	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> その他 (
	改修内容	①目的				
		②どこに				
		③何を				
④どうする						