別記様式第28号（第26条関係）

介護保険住宅改修理由書

当該被保険者は次の理由により住宅改修を要します。　　　　　　作成日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏　　名 | |  | | | | 被保険者番　　号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | | 和歌山市 | | | | 要介護度 | | | 要支援　・　要介護（　　） | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日（　　歳） | | | | 性　　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 改修の種類 | | １　手すり取付　 ２　段差解消　 ３　床材変更　 ４　扉の取替え　 ５　便器の取替え | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該住宅改修に係る訪問調査日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | | | 家族状況 | 在宅サービス利用状況 | | | | 福祉用具の利用（予定）状況 | | | | | | | | | | |
| □脳血管障害  □骨・関節障害  □骨粗鬆症  □リウマチ  □パーキンソン病  □内部疾患  □糖尿病  □高齢によるADL低下  □その他 | | | □単身  □夫婦  □その他  （ 　　　　　）  ・主たる介護者  （　　　　　　 ） | □訪問介護　　　　〔　　　回／週〕  （ 身体介護・生活援助・乗降介助 ）  □訪問入浴介護　　〔　　　回／週〕  □訪問看護　　　　〔　　　回／週〕  □訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　〔　　　回／週〕  □通所介護　　　　〔　　　回／週〕  □通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　〔　　　回／週〕  □短期入所生活介護〔　　　日／月〕  □短期入所療養介護〔　　　日／月〕  □居宅療養管理指導  （ 医師・歯科医師・薬剤師・その他 ）  □在宅サービス利用（予定）無し | | | | □車椅子　　　　　□入浴用リフト  □特殊寝台　　　　□段差解消リフト  □手すり　　　　　□歩行器  □スロープ　　　　□入浴補助用具  □歩行補助杖　　　□簡易浴槽  □移動用リフト　　□腰掛便座  □徘徊感知器　　　□特殊尿器  □立上り座椅子　　□体位変換器  □ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾎﾞｰﾄﾞ　□褥瘡予防用具  □その他（対象外種目等）  （　　　　　　　　　　　　　　）  □福祉用具利用（予定）無し | | | | | | | | | | |
| 介護保険制度利用での過去の改修歴 |
| □有　　□無 |
| １　被保険者の心身の状態及び住宅の現況等（日常生活や介護を行う上での問題点） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　被保険者の心身の状態に応じた具体的な改修プラン又は改修内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　総合意見（改修により見込まれる効果等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名 | |  | | | | 作成者の資格 | | □介護支援専門員　 □作業療法士  □福祉住環境ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀ-（　　）級 | | | | | | | | | | | |
| 作成者 | |  | | | |

※福祉住環境コーディネーター又は作業療法士が理由書を作成する場合で、当該被保険者の給付管理を担当する介護支援専門員が存在している場合はその介護支援専門員の確認印が必要です。

|  |
| --- |
| 上記内容について確認しました。　　　　　　　　　確認年月日　　　　　年　　月　　日  居宅介護支援事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員名 |