**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修に係る現況調査票**

＊記入日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 氏　　名 |  | 資　　格 |  |
| 所　　属 |  | | |

（被保険者の現況）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 被保険者番号 | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 被保険者  氏　名 |  |
| 住　所 |  | 生年月日 | | 年 　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | 年　齢 | | 歳 | | | | | 性別 | | | | □男　□女 | | | |
| 世帯構成 | □ 一人暮らし　□ 高齢者夫婦のみ  □ その他 | 介護者の有無 | | □ 同居家族　□ 同居外家族  □ 無　□ その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の  所有者 | 本人との関係（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | □不明　□脳血管障害　□心疾患　□呼吸器疾患　□内部疾患　□関節・骨の障害　□神経疾患　□脊髄損傷　□眼疾患　□加齢による廃用症候群　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援１ □要支援２ □要介護１　□要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５  □　申請中（　　年　　月　　日）※申請区分　□新規　□区分変更 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度　（現況） | □ 自立　□ J１　□J ２　□ A１　□ A２　□ B１　□ B２　□ C１　□C２　□ 不明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の自立度　（現況） | □ 正常　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb 　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M　　□ 不明 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具  使　用 | □無  □有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施工業者 |  | 改修履歴 | | | □無  □有（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 改修項目 | □ 手すりの取付け　　□ 段差の解消　□ 滑り防止及び移動の円滑化等のための床材の変更  □ 引き戸等への扉の取替え　□ 洋式便座等への便器の取替え　□ その他付帯して必要な改修 | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス  利用状況 | □ 訪問介護(　　 回 ／　週、　・　・　曜日) □訪問入浴(　　　回 ／　週、　・　・　曜日) □ 訪問看護(　　 回 ／　週、　・　・　曜日) □訪問リハ(　　　回 ／　週、　・　・　曜日)  □ 通所介護(　　回 ／　週、　・　・　曜日) □ 通所リハ(　 　 回 ／ 　週、　・　・　曜日)  □ 短期生活、短期療養(　　回 ／　　) □ 用具購入(　　　　　　　　　　　　　　　　 　)  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の  きっかけ | □ 退院・退所に備えて（入院・入所中に）  □ 退院・退所後すぐに  □ 入院を要しない程度の転倒事故や  疾病・けがを契機として  （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ ケアプラン変更  □ 要介護度の変化  □ 新規申請  □ その他（　　　　　　　 　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

※周辺地図は、別紙として添付してください。

R6.4改正