神戸市介護保険住宅改修理由書（その1）

③

〈基本情報〉

利用者			
氏　名		被保険者番号	
住　所（改修住所）			
要介護認定（該当に○）	要支援　1　・　2　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5		
□　介護サービス利用中	□　介護サービス利用なし	□　支援事業者の届出なし	

理由書作成者			
現地確認日	令和　　年　　月　　日	作成日	令和　　年　　月　　日
理由書作成資格	□ 介護支援専門員　□ 介護予防支援事業所担当職員　□ 理学療法士　□ 作業療法士 □ 福祉住環境コーディネーター2級以上　□ 増改築相談員		
事業所名称		所在地	
作成者氏名（自署） （自署が困難な場合は、記名・押印してください。）		電話番号	

神戸市記入欄	
	□　サービス利用状況確認　　□　事業所確認　　□　介護支援専門員確認

ケアプラン作成に従事する介護支援専門員等確認欄…理由書作成が介護支援専門員でない場合またはケアプラン作成者と異なる場合。（居宅介護支援事業者の届出が無い場合は不要）

事業所名称	所在地
氏名（自署） （自署が困難な場合は、記名・押印してください。）	電話番号

〈総合的状況〉

利用者の身体状況	
介護状況（主な介護者含む）	
住宅改修により利用者は日常生活をどう変えたいか	

福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定	改修前	改修後
車いす（車いす付属品を含む）	□	□
特殊寝台（特殊寝台付属品を含む）	□	□
じょく瘡予防用具	□	□
体位変換器	□	□
手すり	□	□
スロープ	□	□
歩行器	□	□
歩行補助つえ	□	□
認知症老人徘徊感知機器	□	□
移動用リフト（つり具の部分を除く）	□	□
腰掛便座	□	□
特殊尿器	□	□
入浴補助用具	□	□
簡易浴槽	□	□
移動用リフトのつり具部分	□	□
その他（　　）（　　）	□	□

※担当ケアマネジャー以外が作成する場合は、資格を証する書類を添付してください。