

住宅改修の結果について

捺印を押して下さい

八戸

記入者欄	フリガナ	ハチノヘ コ		介護支援専門員 ()			
	氏名	八戸 子		その他 (職種名) ()			
	所属勤務先	名称	居宅介護支援事業所				
住所		八戸市 字 1-1					
電話番号		-					
フリガナ	カイゴ ハナコ		被保険者番号	0	0	0	0
被保険者氏名	介護 花子						
要介護等状態	要支援1・要支援2・ 要介護 (1・ 2 ・3・4・5)				性別	男・ 女	
改修する住宅の所在地	〒 031-8686 八戸市 町 丁目 番号						
住宅改修後の被保険者の状況	(ADL、家族の状況、療養環境等の変化) (例) 外便所 手すりをつけた事により、移動、立座動作が楽に行なえるようになった。 勝手口 手すりにつかまって安全に出入り出来るようになった。 階段 手すりにつかまって安全に安楽に昇降できるようになった。 玄関 手すり、踏み台を取り付けた事により、転落の心配なく出入り可能となった。 ヘルパーさんより、以前に比べ下着の汚染が少なく洗濯の量も減ったと報告があった。 また、一人で外に出る事ができるようになったと喜んでいる。						
当該住宅改修に関わったスタッフ職種	医師、保健師、 看護師 、ケースワーカー、ホームヘルパー、 理学療法士 、作業療法士、 施工業者 その他 ()						
住宅改修の必要性の達成状況	<input checked="" type="radio"/> 事前申請の改修内容 <input type="radio"/> 変更なし <input checked="" type="radio"/> 変更あり 理由 ()		トイレの手すりにおいて、設置場所が被保険者の使い勝手上、右側からやや右前方へと変更になる。但し金額・部材変更なし。 /、着工前に介護保険課に相談済。				
住宅改修後の支援体制(関わり方)	(例) 転倒の危険性は少なくなったが、独居であり、歩行不安定な状態が続いている為、今後も転倒予防に重点をおき、サービス事業者等と連携をとりながら、ADL回復を図り、住み慣れた在宅生活が継続できるように支援していく。						
(あて先) 八戸市長 当該被保険者について、住宅の改修が上記のとおりであったので報告します。 未記入で 平成 年 月 日 氏名 八戸 子 (注意) 押印は理由書と同じ印鑑を使用してください							

予め介護保険課にお問い合わせのうえ、認められた件について、事前審査した工事に変更が生じた場合、理由を記入して下さい。

理由書と同じ印鑑で押印して下さい

八戸