在宅重度・様式２

補　　装　　具　　調　　査　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 男  女 | 年　　　　月　　　　日 |
| （〒　　　　－　　　　）  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　（　　） | | |
| 希望補装具名　　　　　　・車椅子　　　　　　　　　・座位保持装置 | | |
| 最近５年間の補装具交付・修理状況 | | |
| 身長　　　　　　ｃｍ　　体重　　　　　　ｋｇ　　握力（右　　ｋｇ）（左　　ｋｇ） | | |
| ADL　別紙 | | |
| １．使用目的・使用頻度  ①通院・買物　（毎日・週２～３日程度・週１日程度）  ②屋内日常生活（毎日・週２～３日程度・週１日程度）  ③散歩・外出　（毎日・週２～３日程度・週１日程度）   |  | | --- | | １日の使用時間 | | 分 |   ④その他　　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．同居者の状況（主たる介護者には○印を）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 氏　名 | 年齢 | 続柄 | 健康状態 | 備　　考 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   ３．在宅サービスの利用状況  　　有（ホームヘルプサービス週　　　日、デイサービス週　　　日  　　　　ショートステイ（年　　回）　・無  ４．来所できない理由（できるだけ具体的に）  ５．他法活用の可能性   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 労働者災害補償保険 | 有・無 | その他保険・災害 | | 有・無 | | 介　護　保　険 | 有・無 | |  | |   ６．実施機関の意見   |  |  | | --- | --- | | 調　査　年　月　日 | 年　　月　　日 | | 市（福祉事務所）町村名 |  | | 担　　　当　　　者 |  | | | |