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 | 　　　　　　　　　　　 |

 |