

バリアフリーアドバイザー派遣 住宅相談受付票〔A〕

※ 事務局記入欄

記入例

| | | | | |
|-------|-------|-------------------------|--------------|----------|
| 受付NO. | 台帳NO. | 受付方法 ・来訪・FAX ・その他 | 事務局 受付年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|-------|-------------------------|--------------|----------|

| | | | | |
|-----|-------------|--|--------------|--------------|
| 申込者 | 住所 | (〒800-0000) (電話: 092-000-0000) (FAX: 092-000-0000) | | |
| | 〇〇市△△町1-1-1 | | | |
| 対象者 | ふりがな氏名 | 福岡花子 | 男・女 | 対象者との関係 妻 |
| | 住所 | (〒800-0000) (電話: 092-000-0000) (FAX: 092-000-0000) | | |
| 対象者 | 〇〇市△△町1-1-1 | ふりがな氏名 | 福岡太郎 | 男・女 |
| | 生年月日 | 明大昭平 | 5年5月7日生(87歳) | |

(※取得した個人情報、当業務の目的の範囲内で利用し、その目的以外で利用することはありません。)

| | | |
|----------|--|---|
| 問題点・改善効果 | 困っている点 (対象者の日常生活上、または対象者を介護する際に、どのような点にお困りですか?) | (例)膝痛があり歩行支障があるので、段差等でつまづいたりして、怪我の危険性がある。 |
| | 改善予想効果 (住宅改造を行うことによって、困っている点がどのように改善されるとお考えですか?) | (例)手すりの取付け・段差の解消等により、怪我の危険性が少なくなる。 |

| | |
|---|--|
| 具体的な改造の希望場所はどちらですか? 内容はどのようなことですか? | |
| 場所 | a. 全般 <input checked="" type="checkbox"/> b. 進入路(アプローチ) <input checked="" type="checkbox"/> c. 玄関 <input type="checkbox"/> d. 廊下 <input type="checkbox"/> e. 階段 <input type="checkbox"/> f. 便所 <input checked="" type="checkbox"/> g. 洗面室 <input type="checkbox"/> h. 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> i. 寝室 <input type="checkbox"/> j. 居間 <input type="checkbox"/> k. 台所 <input type="checkbox"/> l. 食堂 <input type="checkbox"/> m. その他() |
| 内容 | a. 手すりの取付け <input checked="" type="checkbox"/> b. 段差の解消 <input checked="" type="checkbox"/> c. スロープの設置 <input checked="" type="checkbox"/> d. 介助機器の設置 <input type="checkbox"/> e. 設備機器の設置(浴槽・便器・床暖房等) <input type="checkbox"/> f. 足元灯の設置 <input type="checkbox"/> g. その他() |
| 改造をする場合の施工業者はどこかお考えですか? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 考えている(業者名: 〇〇〇〇工務店) ・ <input type="checkbox"/> 考えていない | |

| | | |
|---------|-------------------------------------|--|
| 住居の状況 | 所有者 | <input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家(民間賃貸・公的賃貸[県営・市営・公社・UR]) |
| | 建方・階数 | <input type="checkbox"/> 平屋建 <input checked="" type="checkbox"/> 2階建(主に1階を使用) <input type="checkbox"/> アパート等(階) |
| | 築年数 | 明・大(昭)平(50)年 築(42)年 |
| | 建物の図面 | 対象建物の平面図[又は、それと同等な図面]が(ある・ない) |
| 増改築等の有無 | (ある・ない) 時期(昭和60)年頃 内容(玄関部分に手すりをつけた) | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| 派遣希望日 | (※ 申込者又は受付者をご記入ください。希望日以外をお願いする場合がございます。) |
| 令和 3年 10月 20日 ~ 11月 10日 | |
| (指定日時、避けたい日時など: 午後で10月29、31日以外の日) | |

※ 派遣日当日は、車2台分(アドバイザー2名)の駐車スペースの確保をお願いします。

※ 太枠は、申込者又は受付者 記入欄

| | | | | | | |
|------------------|--------|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| 対象者について | 現在の状況 | a. 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> b. 入院中 (退院予定 年 月頃) <input type="checkbox"/> c. 通院中(掛り付けの作業療法士、又は理学療法士が[いる・いない]) <input type="checkbox"/> d. 施設入所中 (退所予定 年 月頃) <input type="checkbox"/> e. その他() <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 日常生活 | 事項 | 自分で可能 | 一部介助が必要 | 全介助が必要 | 機器使用状況等 |
| | | 移動(歩行) | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input checked="" type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす |
| | | 食事 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> はし <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input checked="" type="checkbox"/> フォーク |
| | | 排泄 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> トイレ(洋式・和式) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ |
| | | 入浴 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | 着替え | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | 意思疎通 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| | 身体状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input checked="" type="checkbox"/> やや見えにくい | <input type="checkbox"/> ほとんど見えない | |
| | | 聴力 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input checked="" type="checkbox"/> 大声でないと聞こえない | <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない | |
| 身体障害手帳 | 言葉 | <input checked="" type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> はっきりしない所がある | <input type="checkbox"/> ほとんど話せない | | |
| | 身体障害手帳 | あり()級 | なし | 療育手帳 | あり() ・ なし | |
| 介護保険 | | 認定(要支援・要介護[]) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 ・ なし | | | | |
| その他の症状(いたみ、しびれ等) | | | | | | |

| | | | | | |
|-------|-----------|----|-----|----|----|
| 世帯の状況 | 氏名 | 年齢 | 性別 | 続柄 | 備考 |
| | 対象者: 福岡太郎 | 87 | 男・女 | 本人 | |
| | 主な介助者: 花子 | 85 | 男・女 | 妻 | |
| | 次郎 | 60 | 男・女 | 息子 | |
| | | | 男・女 | | |

| | |
|--|--------------------------------|
| ※ 受付者記入欄 (市町村・各種支援センターの方々が記入してください) | |
| 市町村名: 〇〇〇市 | 団体名・部・課: 〇〇〇部〇〇〇課 担当者氏名: 〇〇 〇〇 |
| (電話: 092-0000-0000) (FAX: 092-0000-0000) (mail: 〇〇〇@〇〇.jp) | |
| (1) 助成金の利用予定 (対象[介護保険・住みよか事業・日常生活用具・その他]・対象外) | |
| (2) 現場への同行予定 (あり・なし) / 同行者 (市役所担当、〇〇会社、ケアマネージャー) | |
| 備考: | |

| | |
|------------------|---------------------|
| ※ 事務局記入欄 | |
| 派遣日: 令和 年 月 日() | 午前/午後 時 分~ |
| 建築士: TEL: FAX: | 作業/理学療法士: TEL: FAX: |