

住宅リフォーム相談申込書

年 月 日

いわき市長 殿

住所
 申込者 氏名
 電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。

高齢者又は心身に障害を有する者 (対象者)		氏名	生年月日 年 月 日
相談の内容			
対象者の状況	健康状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 医療機関に通院中 医療機関名 () 疾病名 () 生活上の制限内容 () <input type="checkbox"/> 入院中又は入所中 医療機関名又は入所施設名 () 疾病名 () 生活上の制限内容 () 退院予定日又は退所予定日 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	心身障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障害名 () 障害程度 (級)	
	その他の障害	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 意思の疎通 <input type="checkbox"/> 思考 <input type="checkbox"/> 空間認知 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	日常生活	起き上がり動作 <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 道具を使えば一人のできる (方法) <input type="checkbox"/> 介助が必要	座り姿勢 <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえばできる <input type="checkbox"/> ねたきり姿勢しかとれない
	食事	<input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 道具を使えば一人のできる (方法) <input type="checkbox"/> 介助が必要	
	着替え	<input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (方法) <input type="checkbox"/> 介助が必要	

対象者の状況	日常生活	排泄動作		<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (方法) <input type="checkbox"/> 介助が必要	
		入浴動作		<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (方法) <input type="checkbox"/> 介助が必要	
		室内移動	歩行移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 人にみてもらえば歩ける 一人で越えられる段差 () cm程度	
			つえ使用移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 人にみてもらえば歩ける 一人で越えられる段差 () cm程度	
			座位移動	<input type="checkbox"/> 四つんばいで移動 <input type="checkbox"/> 座った姿勢で移動 一人で越えられる段差 () cm程度	
車椅子移動	移動 <input type="checkbox"/> 自力で可能 (手動・電動) <input type="checkbox"/> 自力では不可能 乗り移り動作 <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 一人で越えられる段差 () cm程度				
		<input type="checkbox"/> 移動不可能			
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	備考 (介助者、介助補佐者等)

その他