

第2号様式（第6条関係）

住宅改修アドバイザー事業 日常生活調査表

……住宅改修アドバイザーに現地調査資料として提出するものです。調査当日にも訂正・変更できますので、現在わかる範囲でお答えください。

対象者氏名 _____（男・女）

世帯合計人数 _____ 人

主介護者氏名 _____（対象者の方からみての続柄）_____

注）主介護者以外の方がこの書類を記載した場合、その方の氏名 _____

ご本人の状況

（どんな方法でも構いません。少しでも出来ていれば「はい」に丸を付けて下さい。
また、付け加えたい内容がありましたら、余白などにご記載ください。）

日中寝床から離れていますか？	はい ・ いいえ
椅子（車椅子含む）に10分間座れますか？	はい ・ いいえ
食事は自分で食べられますか？	はい ・ いいえ
トイレは自分で行けますか？	はい ・ いいえ
入浴は自分で出来ますか？	はい ・ いいえ
歩いて移動を出来ますか？	はい ・ いいえ

介護者の状況

介護をするうえで一番介護者の体に負担がかかっている介助動作は何ですか？
複数でも構いませんので、□にチェックをしてください。

- ☐ 寝返りや起き上がりなどの体位をかえる介助。
- ☐ 乗り移りなどの体重を抱えて行う介助。
- ☐ 食事の介助（食べさせる・食事を作る）
- ☐ 移動の介助（歩行器・車椅子）
- ☐ 排せつの介助（トイレ・ポータブルトイレ・オムツ）
- ☐ 入浴の介助（シャワー・浴槽の出入り）
- ☐ その他（ _____ ）

今回の改修は、自立を促すためのものですか？一般的なリフォームですか？

- ☐ 自立支援のためなので、現在の計画よりも良い方法があれば変更します。
- ☐ リフォームの計画があるので、現在の計画のまま進める予定です。
- ☐ その他（ _____ ）

身体の状況について

利き腕 (右 ・ 左)

身長 _____cm

体重 _____kg

生活機能低下の原因となっている傷病、特定疾病とそれに対する投薬、治療内容についてご記入ください。

① _____ 発症年月日（令和 年 月 日頃）

投薬、治療内容

② _____ 発症年月日（令和 年 月 日頃）

投薬、治療内容

③ _____ 発症年月日（令和 年 月 日頃）

投薬、治療内容