

管理番号	
作成日	
作成者	

福祉用具サービス計画書(基本情報)

フリガナ	性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間
ご本人氏名	様	M・T・S 年 月 日			～
住所					TEL
支援事業所					担当ケアマネジャー

ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
ケアマネジャーとの相談記録			ケアマネジャーとの相談日

身体状況・ADL		(年 月) 現在	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらない いのできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない いのできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない いのできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない いのできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ ればできる <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし) <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
その他			
疾病			
麻痺			

介護環境	
他のサービス 利用状況	
家族構成/ 主介護者	
利用している 福祉用具	
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	
特記事項	
	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認できない
ご本人の気持ち、 今困っていること、 (福祉用具で 期待することなど)	

居宅サービス計画		住環境
ご本人及びご 家族の生活に 対する意向	ご本人	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) (エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <small>例: 段差の有無など</small>
	ご家族	
総合的な 援助方針		

福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号	
作成日	
作成者	

フリガナ		性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間
ご本人氏名	様		M・T・S 年 月 日			～

支援事業所		担当ケアマネジャー	
-------	--	-----------	--

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	福祉用具利用目標

選定福祉用具(レンタル・販売)	納入予定日 : 月 日
------------------------	-----------------------------------

	品目	単位数	選定理由
	機種(型式)		
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			

留 意 事 項	
----------------------------	--

以上、福祉用具サービス計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 年 月 日 同意署名 印
 法人名称: () 営業所 担当者 ()
 住 所: TEL: FAX: