

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

管理番号

作成日

被保険者番号				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			～		
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 いで 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 いで 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 いで 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 いで 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	<input type="checkbox"/> 不明
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 ご家族	<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>
総合的な 援助方針		

ご利用者: _____ 様

管理番号 _____

作成日 _____

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成者 _____

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

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			
⑨			
⑩			

留意点

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、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: _____