

福祉用具サービス計画書(基本情報)

管理番号	
作成日	平成29年2月1日
作成者	

フリガナ	タナカ ハナコ	性別		生年月日		年齢		要介護度		認定期間	
利用者名	田中 花子 様	女	M T (S)	19年8月28日	74	要介護2				~	
住所								TEL			
居宅介護支援事業所								担当ケアマネジャー			

相談内容	相談者	利用者との続柄	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		() 現在	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> つかまらな いである	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> つかまらな いである	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> つかまらな いである	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input checked="" 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 checked="" 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
屋内歩行	<input checked="" type="checkbox"/> つかまらな いである	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
屋外歩行	<input checked="" type="checkbox"/> つかまら ないででき	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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
食事	<input checked="" 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
更衣	<input checked="" 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
意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 意思を他者 に伝達でき る	<input type="checkbox"/> ととき伝 達 できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝 達できない <input type="checkbox"/> 伝達でき ない
視覚・聴覚			

疾病	
麻痺・筋力低下	
障害日常生活自立度	自立
認知症の日常生活自立度	自立
特記事項	

介護環境	
家族構成/主介護者	
他のサービス利用状況	
利用している福祉用具	
特記事項	

意欲・意向等	
利用者の意欲・意向、今困っていること(福祉用具で期待することなど)	<input type="checkbox"/> 利用者から確認できた <input checked="" type="checkbox"/> 利用者から確認できなかった

居宅サービス計画	
利用者及び家族の生活に対する意向	利用者 家族
総合的な援助方針	

住環境
<input checked="" type="checkbox"/> 戸建
<input type="checkbox"/> 集合住宅(階)
(エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)
例:段差の有無など

福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号

フリガナ	タナカ ハナコ	性別		生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	田中 花子 様	女	M T (S)	19年8月28日	74	要介護2	~
居宅介護支援事業所						担当ケアマネージャー	

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
1		
2		
3		
4		

選定福祉用具(レンタル・販売)			選定理由
品目 機種(形式)	単位数		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

留意事項

<input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付	
	署名	印
	(続柄)代筆者名	印

事業所名		福祉用具専門相談員	
住所		TEL	FAX