

# 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								担当ケアマネージャー			

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