

福祉用具サービス計画書(基本情報)

作成日 年 月 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			年 月 日 ~ 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	年 月 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 年 月 日

身体状況・ADL		(年 月) 現在		介護環境	
身長	cm	体重	kg	他のサービス利用状況	
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない	家族構成/ 主介護者	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない	利用している 福祉用具	
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない	障害日常生活自立度	
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			認知症の日常生活自立度	
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 え ら れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	特記事項	
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			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)	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認できない <input type="checkbox"/> 不明
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					

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)	
		例: 段差の有無など	
総合的な援助方針			

ご利用者: _____ 様

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

福祉用具サービス計画書(利用計画)

作成者 _____

	生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	福祉用具利用目標 (目指している改善の状態像)
①		
②		
③		
④		

選定福祉用具(レンタル・販売)			納入予定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
No.	品目	単位数	選定理由
	機種(型式)		
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			

留意点	
-----	--

以上、福祉用具サービス計画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。

ご本人・ご家族への説明・同意・交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名 _____

法人名称: _____ (_____) 営業所 担当者 (_____)

住 所: _____

TEL: _____

FAX: _____

福祉用具サービス計画書(基本情報)

作成日 年 月 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			年 月 日 ~ 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	年 月 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 年 月 日

身体状況・ADL		(年 月) 現在		介護環境	
身長	cm	体重	kg	他のサービス利用状況	
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない	家族構成/ 主介護者	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない	利用している 福祉用具	
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い い で 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 何かにつか ま れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> できない	障害日常生活自立度	
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			認知症の日常生活自立度	
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 え ら れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ れ ば 可 能 な で 可 能 な で 可 能 な	特記事項	
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			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)	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認できない <input type="checkbox"/> 不明
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					

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)	
		例: 段差の有無など	
総合的な援助方針			

福祉用具サービス計画書(利用計画)

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 (目指している改善の状態像)
① 住み慣れた我が家の風呂に、一人で心置きなく入浴がしたい。疾患名△△で退院後の筋力低下等により、床からの立ち上がりができずに困っている。左右バランスの保持力も低下し、体が傾くため、横に倒れやすく洗身しにくい。	入浴用椅子があることで、座位からの立ち上がりが安全で楽にできる。 また、座位を安定させることにより、自分で洗身できるようになる。 浴室から浴槽への行き来がスムーズになることで、一人で入浴できるようになる。
② オムツを穿かなくて、一人で排泄できるようにになりたい。疾患名△△の後遺症によりつたい歩きのため、寝室から便所までの移動に時間がかかる。排泄時に介助が必要だが、便所内が狭く介助がしにくい。	ポータブルトイレをベッド横に設置することで、失禁を恐れず行きたい時に排泄ができる。介護者が適切な介助をするために、必要な広さを確保することができる。座位から立ち上がり、ベッドへ移動可能になれば、自分で排泄できるようになる。

選定福祉用具(レンタル・販売)		納入予定日 : ×× 月 ×× 日	
No.	品目 機種(型式)	単位数	選定理由
①	入浴補助用具 シャワーチェアー肘掛跳ね上げ背付き座面回転	〇〇.〇〇〇円	背もたれと肘掛けがあることで、座位が安定できる。また、肘掛の跳ね上げと座面回転機能を利用して、浴槽へ入り易くなるものを選定。
②	腰掛便座 ポータブルトイレ肘掛跳ね上げコンパクト	〇〇.〇〇〇円	ベッド横の狭い場所でも設置できるコンパクト型を選定。肘掛の跳ね上げ機能を利用し、ベッドからの移動及びその逆も、楽にできるようになる。
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			
留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワーチェアー及びポータブルトイレは、ご利用者さまの身体状況に合わせ、高さが調整できます。 ・必ず4本の脚の高さを揃えてから利用してください。 ・シャワーチェアーは定期的に座面等のお手入れを行ってください。汚れや滑りがある場合、怪我をする危険性があります。 ・ポータブルトイレ購入後は、清潔に長くお使いいただくため、こまめに掃除をしてください。 		

以上、福祉用具サービス計画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。

ご本人・ご家族への説明・同意・交付日 元号 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 署名 **中津 太郎**

法人名称: **〇〇福祉用具販売** (**〇〇**) 営業所 担当者 (**◇◇ ◇◇**)

住 所: **中津市大字〇〇99番地9 〇〇ビル〇階**

TEL: **〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇**

FAX: **〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇**