

ふくせん 福祉用具サービス計画書(基本情報)

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			～
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	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば	<input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば	<input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば	<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	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ れば <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

ご本人及びご 家族の生活に 対する意向	ご本人 ご家族
総合的な 援助方針	

住環境

<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

ふくせん 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		

注意事項

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: