

ふくせん福祉用具個別援助計画書(基本情報)

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		介護環境	
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	<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	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
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	<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	他サービスの 利用状況
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	<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	家族構成/ 主介護者
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	<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	利用している 福祉用具
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	<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	障害日常生活自立度 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 えれば <input type="checkbox"/> 支えてもらえ れば <input type="checkbox"/> できない	<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	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	<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	<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	<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)
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	<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) <small>例: 段差の有無など</small>	
総合的な援助方針			

ご利用者: 様

ふくせん福祉用具個別援助計画書(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: