ふくせん福祉用具個別援助計画書(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	□ つかまらないでできる	□ 何かにつかまればできる	□ できない
起き上がり	□ つかまらないでできる	□ 何かにつかまればできる	□ できない
立ち上がり	□ つかまらないでできる	□ 何かにつかまればできる	□ できない
歩行	□ つかまらないでできる	□ 何かにつかまればできる	□ できない
移乗	□ 自立(介助なし)	□ 見守り等	□ 一部介助　□ 全介助
座位	□ できる	□ 自分の手で支えればできる	□ 支えてもらえればできる　□ できない
移動	□ 自立(介助なし)	□ 見守り等	□ 一部介助　□ 全介助
排泄	□ 自立(介助なし)	□ 見守り等	□ 一部介助　□ 全介助
入浴	□ 自立(介助なし)	□ 見守り等	□ 一部介助　□ 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	
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)	□ 確認　□ 確認できない　□ 不明

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

□ 戸建
□ 集合住宅（　　階）
（ エレベーター　□ 有　□ 無 ）
例：段差の有無など

ご利用者：　　様

管理番号
作成日
作成者

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 / 機種(型式)	単位数	選定理由
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

法人名称:　　（　　）営業所　担当者（　　）

住　所:　　TEL:　　FAX: