

第2号様式（第3条関係）

(表)

福祉用具個別援助計画書（基本情報）

管理番号
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			年 月 日			年 月 日～ 年 月 日
住 所				TEL		
支援事業所				担当ケアマネージャー		

ご相談内容	相談者		ご本人との続柄		相談日	年 月 日
-------	-----	--	---------	--	-----	-------

ケアマネージャーとの 相談記録		ケアマネージャーとの相談日
		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	☐ 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			家 族 構 成 / 主 介 護 者	
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			利用している 福 祉 用 具	
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			障 害 日 常 生 活 自 立 度	
移 乗	☐ 自立（介助なし） ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			認知症の日常生活自立度	
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			特 記 事 項	
移 動	☐ 自立（介助なし） ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 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）	☐ 確認 ☐ 確認できない ☐ 不明
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					

ご本人及びご 家族の生活に 対する意向	ご本人		☐ 戸建 ☐ 集合住宅（ 階） （エレベーター ☐ 有 ☐ 無）
	ご家族		例：段差の有無など
総合的な援助 方針			

(裏)

ご利用者：様

管理番号

福祉用具個別援助計画書（利用計画）

作成日 年 月 日

作成者

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： 年 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

(署名又は記名押印)

法人名称：

担当者(

)

住 所：

TEL：