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 | |  | | |
| 認知症の日常生活自立度 | |  | | |
| 移乗 | □ 自立（介助なし）　□ 見守り等  □ 一部介助　　　　　□ 全介助 | | | 特記事項 |  | | | |
| 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 | | |
| 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 |
| 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 |  | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(署名又は記名押印)

　法人名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者(　　　　　　　　　　　)

　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：