

福祉用具購入の必要性に係る所見書

1 基本情報

被保険者氏名		年齢 歳	要介護 区分	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更
--------	--	---------	-----------	---

2 理由書作成者

作成者	事業所名	氏名
	電話番号	資格 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員

3 居宅介護支援事業所

- 未契約
 契約済 (理由書作成者がケアマネジャーの場合は記入不要)

居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	
-----------	--	-----------	--

4 身体の状況・生活環境

1 身体状況 (現病・既往症等)	直近の入院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
2 麻痺などの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他()		
3 関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
4 家族形態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり () <input type="checkbox"/> 日中独居)		
5 介助者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 家族介助あり () <input type="checkbox"/> 介護サービス利用		
6 室内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)		
7 屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)		
8 移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (使用補助器具 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
9 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 () <input type="checkbox"/> できない		
10 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴のみ <input type="checkbox"/> 浴槽使用あり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助者) <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者)		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> サービス利用 週()回入浴 (利用事業所) <input type="checkbox"/> その他 ()
11 排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助者) <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者)	<input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助者) <input type="checkbox"/> 全介助 (介助者)	<input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
12 施設入所	<input type="checkbox"/> 有 (施設名) <input type="checkbox"/> 無 (居宅)		

※ 住民票の住所地以外で福祉用具を利用する場合、使用場所の確認をするためにケアプランの提出が必要です。