

# ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号

フリガナ		性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	様		M・T・S 年 月 日			～
居宅介護支援事業所					担当ケアマネジャー	目標見直し期間 (ケアプランに準拠)
						<input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 短期

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)		最も重視する目的	福祉用具利用目標 (【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する)
1		<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
2		<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
3		<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
4		<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	

## 選定福祉用具(レンタル・販売)

( / 枚)

品目 機種(型式)	単位数	選定理由 (記載例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)

## 留意事項

(福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点、認定審査会での意見、次回のモニタリングの時期等)

<input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付	年	月	日	
	署名	印			
	(続柄)代筆者名	( ) 印			

事業所名				福祉用具専門相談員		
住所		TEL		FAX		