

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)

管理番号	
作成日	
福祉用具 専門相談員名	

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

相談内容	相談者	利用者との続柄	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	<input type="checkbox"/> つかまらな い いで できる	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い いで できる	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらな い いで できる	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えれば できる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえ れば できる <input type="checkbox"/> できない
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い いで できる	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらな い いで できる	<input type="checkbox"/> 何かにつか まれば できる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他者 に伝達 できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達 できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝 達でき ない <input type="checkbox"/> 伝達でき ない
視覚・聴覚			

疾病	
麻痺・筋力低下	
障害日常生活自立度	
認知症の日常生活自立度	
特記事項	

介護環境	
家族構成/主介護者	
他のサービス 利用状況	
利用している 福祉用具	
特記事項	

意欲・意向等	<input type="checkbox"/> 利用者から確認できた <input type="checkbox"/> 利用者から確認できなかった
利用者の意欲・意向、今困っていること(福祉用具で期待することなど)	

居宅サービス計画

利用者及び家族の生活に対する意向	利用者	
	家族	
総合的な援助方針		

住環境

<input type="checkbox"/> 戸建
<input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)
(エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
例: 段差の有無など