

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	

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)	福祉用具利用目標
1	
2	
3	
4	

選定福祉用具(レンタル・販売)		
品目 機種(型式)	単位数	選定理由
①		
②		
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		

留意事項

以上、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

事業所名		福祉用具専門相談員	
住所		TEL	FAX