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	□ つかまらないでできる	□ 何かにつかまればできる	□ 一部介助	□ 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	□ 一部介助	□ できない
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	□ 一部介助	□ できない
移乗	□ 自立（介助なし）	□ 見守り等	□ 一部介助	□ 全介助
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
屋内歩行	□ つかまらないでできる	□ 何かにつかまればできる	□ 一部介助	□ できない
屋外歩行	□ つかまらない	□ 何かにつかまればできる	□ 一部介助	□ できない
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
食事	□ 自立（介助なし）	□ 見守り等	□ 一部介助	□ 全介助
更衣	□ 自立（介助なし）	□ 見守り等	□ 一部介助	□ 全介助
意思の伝達	□ 意思を他者に伝達できる	□ ときどき伝達できる	□ ほとんど伝達できない	□ 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

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）	□ 利用者から確認できた	□ 利用者から確認できなかった

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

□ 戸建

□ 集合住宅（　　階）

（　エレベーター　□ 有　□ 無　）

例：段差の有無など