

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 _____

作成者 _____

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名 様		M・T・S 年 月 日			～
住所					TEL
支援事業所					担当ケアマネジャー

■ご相談内容	相談者	ご本人との続柄	相談日
■ケアマネジャーとの相談日	ケアマネジャーとの相談記録		

身体状況		介護環境	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <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		
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		
自由記載			
		他のサービス利用状況	
		家族構成	
		主介護者	
		利用している福祉用具	
		制限	麻痺
		疾病	特記事項
		障害日常生活自立度	
		認知症の日常生活自立度	
		特記事項	

居宅サービス計画		住環境
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人	<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() 例:段差の有無など
	ご家族	
総合的な援助方針		

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 _____

作成者 _____

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	
<input type="checkbox"/> 福祉用具取扱い説明	
<input type="checkbox"/> 福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 _____ 年 月 日 同意署名 _____ 印

法人名称: () 営業所 担当者 ()

住所: _____ TEL: _____ FAX: _____

福祉用具個別援助計画書(基本情報)

作成日 _____
作成者 _____

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名		M・T・S 年 月 日			
住所	TEL				
支援事業	担当ケアマネジャー				

利用目標、選定に必要な利用者の情報をこちら(基本情報)に記載する

西暦でも元号でも記載は自由

■ご相談内容		相談者	ご本人との続柄	相談日
■ケアマネジャーとの相談日		ケアマネジャーとの相談記録		

該当するものを☑または■に塗りつぶす

身体状況		介護環境	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	他のサービス利用状況	
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	家族構成	家族に限らず主に福祉用具を使う可能性のある人(ヘルパーも含)
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	主介護者	現在利用しているもの
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない	利用している福祉用具	
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	制限	麻痺
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	疾病	特記事項
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	障害日常生活自立度	
自由記載	気付いたADLの情報、例えば日によって、時間によって、できることできない等		特記事項
			服薬状況など

居宅サービス計画		住環境	
ご本人様及びご家族の生活に対する意向	ご本人	ご本人様及びご家族の生活に対する意向	住環境
	ご家族		<input type="checkbox"/> 戸建(特家) <input type="checkbox"/> 戸建(賃貸) <input type="checkbox"/> 分譲集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸集合住宅(公営・民間) <input type="checkbox"/> その他() <small>例:段差の有無など</small>
総合的な援助方針		必要に応じて記載	
ケアプランを転記		特に留意点が必要な項目に☑または■に塗りつぶす	

福祉用具個別援助計画書(利用計画)

作成日 _____
作成者 _____

生活全解決すべき課題(ニーズ)	福祉用具利用目標
福祉用具の利用に関して、目的、理由、留意点を記載した利用計画書になるもの	ケアプランの目標に則って、福祉用具としての利用目標を記載。期間は適宜必要に応じて

選定福祉用具(レンタル・販売)		選定理由
品目	単位数	
機種(型式)		
		利用目標を達成するために具体的な機種を選定する。その選定理由を記載する。

レンタルサービスとして本来行われるもの

選定福祉用具搬入(予定)日	留意点
福祉用具レンタルのサービス	ご利用者・ご家族が読んでわかるように略語は使わない <<記載例>> ・操作説明はご家族だけでなく、普段使われるヘルパーさんにご理解いただけるようにする ・ベッド柵は、ご本人が退院した時点で改めて検討する
<input type="checkbox"/> 福祉用具取扱い説明	
<input type="checkbox"/> 福祉用具フィッティング(適合状況評価)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具利用状況確認(訪問・電話・目標評価等)	
<input type="checkbox"/> 福祉用具定期点検・メンテナンス	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
<input type="checkbox"/> 状態変化時の機種交換(再アセスメント)	
<input type="checkbox"/> 入院・入所・不必要時等の福祉用具回収・搬出	
<input type="checkbox"/> 相談	
<input type="checkbox"/> 緊急時対応	

以上、福祉用具個別援助計画書に基づき、サービス提供を行います。

ご本人・ご家族への説明・同意 _____ 年 月 日 同意署名 _____ 印

法人・事業所 _____) 営業所 担当者(_____)

住所: _____ TEL: _____ FAX: _____

各法人・各事業所において本様式に加筆修正して使用する場合は、全国福祉用具専門相談員標準様式の文字は削除して使用

全国福祉用具専門相談員協会標準様式(21.0版)

切り取ってご本人・ご家族に「利用計画」のみ渡しても可