

# 福祉用具が必要な理由書

(注:ケアプランに特定福祉用具購入についての記載がない場合に作成。)

作成日 令和 年 月 日

被保険者番号		要介護認定	(要支援) 1 2	(要介護) 経過的	1 2 3 4 5	
氏名	(男・女)	住所				
明大昭	年 月 日生( 歳)	(連絡先) TEL				

理由書作成者(ケアマネジャーまたは地域包括支援センター職員が作成すること。)

資 格	氏 名	事 業 所 名	連 絡 先

身 体 状 況	
<input type="checkbox"/> 麻痺 ( )	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ( )
<input type="checkbox"/> 関節拘縮 ( )	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 ( )
<input type="checkbox"/> 視力障害 ( )	<input type="checkbox"/> 認知症

日常生活動作の状況(現状を評価する)		特定福祉用具が必要な理由
動作・移動	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	上がり框・上下階移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	靴の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動の形態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )
	屋内での移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	屋外での移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄形態	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他
	便所の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移乗・着座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄時の姿勢保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	後始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	浴室の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	浴室内の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	浴槽への移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	浴槽内の姿勢保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	洗体・洗頭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

福祉用具専門 相談員確認欄	令和 年 月 日 (氏名)
------------------	------------------