

福祉用具購入の必要性に係る所見書

被保険者氏名		年齢	才	要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
作成者	事業所名 TEL	氏名 取得資格：ケアマネ・その他 ()			
1 身体状況 ※ <input type="checkbox"/> は該当箇所に☑チェックし、()は枠内に必要事項を記入下さい。複数チェックも可。					
①現病・既往症					
②障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
③認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
④麻痺などの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()					
⑤関節可動域の制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ()					
⑥家族形態 <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
⑦室内の歩行 <input type="checkbox"/> つかまらず <input type="checkbox"/> 何かにつかまり () <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)					
⑧屋外の歩行 <input type="checkbox"/> つかまらず <input type="checkbox"/> 何かにつかまり () <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)					
⑨移乗 <input type="checkbox"/> 自立 ※使用補助器具 () <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
⑩立ち上がり <input type="checkbox"/> つかまらず <input type="checkbox"/> 何かにつかまり () <input type="checkbox"/> できない					
⑪入浴 ※現在の状況で		<input type="checkbox"/> 自立 ※使用補助器具 () <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ※介助者() <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> サービス利用 ※週()回入浴 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑫排泄 ※現在の状況で	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ※介助者() <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> トイレ (和式・洋式) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ※介助者() <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> トイレ (和式・洋式) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑬福祉用具の利用状況		現況：			
2 購入する福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 (入浴いす・浴槽内いす・入浴台・すのこ・手すり) ※該当するものに○印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具			
3 購入する福祉用具の選定理由 ※今回の福祉用具購入の前後での動作状況を記入下さい。 ※裏面・別紙に記入することも可とします。					
備考		保険者審査欄		受付	