

福祉用具が必要な理由(別紙)

被保険者	氏名		被保険者番号	
記入者	所属			電話番号
	氏名		記入日	年 月 日

住宅改修併用： なし あり (改修内容：)

福祉用具貸与併用： なし あり (貸与内容：)

(1)基本情報

年齢		要介護度	
家族構成		介助の有無	

(2)身体状況 (具体的かつ簡潔に記入またはチェックしてください)

介護保険を申請するに至った疾病 または今回の購入が必要な疾病	
-----------------------------------	--

購入前の入院・入所： なし あり (期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)

立ち座り	<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"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
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
座位保持	<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
屋内歩行	<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"/> 一部介助	<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
排泄	<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
尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他()	
入浴	<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

(3)福祉用具が必要な理由 (どのような状況で困っているのか「困難」「不安定」ではなく具体的に書いてください。)

	用具種類	困っていること	目指す目標(用具導入による効果)
①			
②			
③			

※洗浄機能等、本来の目的以外で分けられない機能が付属している商品に関しては、付属している機能の必要性も確認します。必要な理由を必ずご記入ください。