介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入にかかる理由書

被保険者氏名				被保険者番号									
作　成　者	介護支援専門員名		㊞	事業所名									

購入する福祉用具の種　類

- ☐ 腰掛便座　（ ポータブルトイレ ・ その他 ）
- ☐ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- ☐ 排泄予測支援機器
- ☐ 入浴補助用具　（ 入浴用いす ・ 浴槽用手すり ・ 浴槽内いす ・ 入浴台 ・ 浴室内すのこ ・ 浴槽内すのこ ・ 入浴用介助ベルト ）
- ☐ 簡易浴槽　☐ 移動用リフトの吊り具
- ☐ スロープ　☐ 歩行器　☐ 歩行補助つえ

身体の状況

① 現病・既往症　（　　）

② 麻痺などの有無　☐なし　☐あり　（　　）

③ 関節可動域の制限　☐なし　☐あり　（　　）

④ 歩行・移乗　☐ 独歩　補助器具 ・・・ 不要 ・ 要　（　　）

☐ 四つばい、腹ばいでやっと移動する、若しくは一部介助で歩行

☐ 車椅子で移動

☐ 寝たきり（ 上体は起こせる ・ 寝返りはできる ・ 身動きがほとんど不可 ）

⑤ 起居　☐ 支障なし　☐ 一部（時々）介助が必要　☐ 常時介助が必要

⑥ 入浴　☐ 支障なし　☐ 一部（時々）介助が必要　☐ 常時介助が必要

⑦ 排泄　☐ 支障なし　☐ 一部（時々）介助が必要（ポータブルトイレ使用）　☐ 常時介助が必要（オムツ使用）

⑧ 特記事項

※購入する福祉用具の選定理由

※購入する福祉用具により改善できる日常生活動作及び状況

亀岡市記入欄	