

福祉用具購入が必要な理由書

(被保険者)

フリガナ		性別	男・女	被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住所	〒 _____ 電話番号(_____)				

《現在の状況》 (該当する番号を で囲み、必要事項をご記入ください。)

今回の福祉用具購入について居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)に事前に相談されましたか？
 1. はい 2. いいえ
 過去に福祉用具を購入されたことがありますか？
 1. ない 2. ある いく (平成 年 月頃) 何を ()
 現在の状況は？
 1. 居宅(在宅) 2. 施設に入所中、または入院中 施設名 ()
 退所・退院予定日 (平成 年 月 日予定)

	動作	備考
起立	1. 支え・つかまりなしで自力で立ち上がり可能 2. 杖等支えがあれば自力で立ち上がり可能 3. 一部介助が必要 4. 全介助が必要	
移動	1. 支え・つかまりなしで自力で歩行 2. 杖等支えがあれば自力で歩行 3. はって移動 4. 一部介助が必要 5. 全介助が必要	
排泄	1. 全て自力で可能 2. 後片づけ等排泄動作以外に介助が必要 3. 排泄動作に一部介助が必要 4. 排泄動作に全介助が必要	
入浴	1. 全て自力で可能 2. 洗身以外に介助が必要 3. 洗身に一部介助が必要 4. 洗身に全介助が必要 5. 入浴していない(清拭含)	

《福祉用具が必要な理由》 (個々の用具ごとにご記入ください。)

福祉用具の種目 (右記参照し該当する番号をご記入ください。)	現在困っておられる状況及び用具購入の効果 (どのような病状・症状・身体状況のために、どのようなことに困っておられるか、また、用具の購入・使用によりどのように改善されるかをご記入ください。)	福祉用具の種目
-		1 腰掛便座 1-1 和式便座の上に置いて腰掛式に変換するもの 1-2 洋式便座の上に置いて高さを補うもの 1-3 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの 1-4 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器(居室において利用可能であるものに限る)
-		2 特殊尿器
-		3 入浴補助用具 3-1 入浴用いす 3-2 浴槽用手すり 3-3 浴槽内いす 3-4 入浴台(浴槽の縁にかけて利用する台) 3-5 浴室内すのこ 3-6 浴槽内すのこ
-		4 簡易浴槽
-		5 移動用リフトのつり具の部分

上記のとおり相違ありません。

姫路市長様

平成 年 月 日(記入日)

(事業者の場合は事業所所在地及び事業所名)

記入者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 (_____) _____ 被保険者との関係 _____