

# 福祉用具サービス計画書(利用情報1)

作成日

作成者

管理者

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
ご本人氏名					
住 所				TEL	
介 護 者	続柄				TEL
支援事業所				担当CM	
所在地				TEL	

福祉機器・用具を活用して 達成や実現をしようとする これからの生活像 (ニーズ・理由)	
--	--

選定福祉用具(レンタル・販売)	選定させていただく福祉用具につきましては、ご担当されるケアマネージャー様が作成される居宅サービス計画の総合的な援助方針および解決すべき課題等に準じます。		
サービス種別 ご利用目標	機 種 ・ 型 番 選定理由	単位数	納品日 備 考

留意点	
-----	--

以上、福祉用具個別サービス計画書に基づき、サービス提供を行います。  
 ご本人・ご家族様への説明・同意・交付 年 月 日 同意署名または印 \_\_\_\_\_  
 代理署名または印 \_\_\_\_\_

事業所名称  
 事業所住所

TEL  
 FAX