

介護保険 福祉用具を要する理由書

○被保険者（本人）

被保険者番号										生年月日	明・大・昭	年	月	日
フリガナ										性 別	男 ・ 女			
氏 名										要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			

○被保険者（本人）の身体状況

福祉用具を使用前の本人の状況に○を付けてください			
歩 行	1. 一人で歩くことができる 2. 手すり・補装具等があれば何とか歩ける 3. 移動にほとんど介助（手を引く等）が必要 4. 自分で全く移動できない。車いす等で移動	排 泄	1. 自分で用が足せる 2. 和式トイレでしゃがみこむと立ち上がれない 洋式トイレであれば自分で用が足せる 3. 排泄に介助（ズボンの上げ下ろし等）が必要 4. 自分でまったく用が足せない（おむつ着用）
	1. 一人で入浴できる 2. 自分で洗える部分もあるが、洗髪等に介助が必要 3. ほとんど誰かに洗ってもらう 4. 自分で風呂（浴室・浴槽）に入れない		床 段 の 差

○福祉用具商品名 及び 具体的な購入理由

商品名		
(1) 購入前の本人・家族の状況	(2) 購入により得られる効果	
商品名		
(1) 購入前の本人・家族の状況	(2) 購入により得られる効果	

上記のとおり相違ありません。

沖縄県介護保険広域連合長 様

年 月 日

事業所名

記入者名

1 ケアマネジャー
2 その他 ()

先 絡 連