

福祉用具購入理由書

注意・購入した福祉用具それぞれについて記入してください。

被保険者番号	被保険者氏名	住 所	要介護度
		津山市	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
福祉用具の種類		購入目的及び期待する効果 * 該当するものにチェック	購入理由 * 理由は具体的に記入してください。
腰掛便座		<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
特殊尿器		<input type="checkbox"/> 介護の軽減 便吸引機能付のものの場合 <input type="checkbox"/> 確認書類の添付	
入 浴 補 助 用 具	入浴用いす	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴槽用手すり	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴槽内いす	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	入浴台	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴室内すのこ	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 行動範囲の拡大の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	浴槽内すのこ	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
	入浴用介助ベルト	<input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 介護の軽減	
簡易浴槽		<input type="checkbox"/> 介護の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	
移動用リフトのつり具部分		<input type="checkbox"/> 介護の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	

◇理由書作成者

氏 名		事業者名	
住 所		電話番号 ()	—