福 祉 用 具 を 必 要 と す る 理 由 書

＜基本情報＞

利用者	被保険者番号				氏名				
	住　　所								
	要介護認定	要 支 援		要 介 護					
		1	2	経過的	1	2	3	4	5
	認定有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日							

＜現在の日常生活動作（ADL）状況＞　（すべての項目の該当する□にチェックしてください）

起　立	□ 支え・つかまりなしで自力で立ち上がり可能 □ 杖等支えがあれば自力で立ち上がり可能	□ 一部介助が必要 □ 全介助が必要
移　動 歩　行	□ 一人で歩くことができる □ 移動に（体を支える等）介助が必要	□ 手すりや杖・歩行器等があれば何とか歩ける □ 自分で移動不可（車椅子等で移動）
排　泄	□ 自分で用を足せる □ 排泄に（ズボンの上げ下ろし等）介助が必要	□ トイレの立ち座りが困難 □ 自分で用を足せない（おむつを使用）
入　浴	□ 一人で入浴できる □ シャワー浴のみ □ 自分で浴槽に入るのが困難	□ 浴室内での立ち上がりが困難 □ 介助者に洗ってもらう（　一部　・　全部　）
段　差	□ 越すことができる □ ほぼ無理である	□ つまずく・転倒することが多い □ 全く越せない

＜総合的状況＞

利用者の身体的状況	
介　護　状　況	
福祉用具購入により利用者等は日常生活をどう変えたいか	

上記のとおり福祉用具の必要性を認め、理由書を提出します。

年　　月　　日

作成者	所 属 事 業 所	
	住　　所	
	氏　　名	
	資　格　等 （該当する項目に○）	1　介護支援専門員　　2　作業療法士 3　福祉住宅コーディネーター（2級以上）　4　その他（　　）