

福祉用具の選定基準の照合および必要な理由

介護保険における福祉用具の選定基準との照合	現在の要介護度(状態像)では、使用が想定しにくい福祉用具に該当するか？	
	用具①	(該当しない ・ 使用が想定しにくい用具に該当している)
	用具②	(該当しない ・ 使用が想定しにくい用具に該当している)
	用具③	(該当しない ・ 使用が想定しにくい用具に該当している)
※使用が必要な理由（購入用具ごとに記入して下さい）：		
用具を必要と認める担当地域包括支援センター職員または介護支援専門員	事業所名：	
	氏名：	
	電話番号　：　（　　　　　）　　—	