

## 福祉用具相談シート

相談受付日：平成      年      月      日（      ）

対応者名：

相 談 者	氏名			利用者との関係		
	連絡先			TEL		
				FAX		
	E-mail					
利 用 者	氏名(イニシャル)				性別	男性・女性
	住所	市・町・村		現在の状況	自宅・病院・施設	
	傷病名			生年月日	年 月 日	
	障害名			年齢	歳	
	身体障害者手帳	無・有 _____ 級		要介護認定	未・済 _____	
相 談 内 容						