

福祉用具相談シート(自助具依頼用)

相談受付日： 年 月 日 ( ) 対応者名：

|                  |                          |             |         |           |
|------------------|--------------------------|-------------|---------|-----------|
| 相<br>談<br>者      | 氏 名                      |             | 利用者との関係 |           |
|                  | 連絡先                      |             | TEL     |           |
|                  |                          |             | FAX     |           |
| E-mail           |                          |             |         |           |
| 利<br>用<br>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<br>談<br>内<br>容 | ※自助具の簡単なイラストと寸法も書いてください。 |             |         |           |