

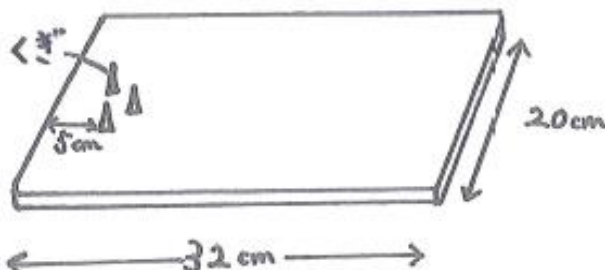
記入例

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:

相談者	氏名	みえ てくの		利用者との関係	病院OT
	連絡先	〇〇病院	TEL	059-231-0155	
			FAX	059-231-0614	
E-mail	mie-tech@ztv.ne.jp				
利用者	氏名(イニシャル)	A・B		性別	男性・ <u>女性</u>
	住所	〇〇市・町・村		現在の状況	自宅・ <u>病院</u> ・施設
	傷病名	脳出血		生年月日	昭和〇年△月◇日
	障害名	右片麻痺		年齢	〇〇歳
身体障害者手帳	無・ <u>有</u>	1	級	要介護認定	未・ <u>済</u> 要介護2
相談内容	<p>上記の患者様ですが、現在当院に入院しています。 自分で調理がしたいとのことで、左手で調理動作を練習しています。 退院後、「くぎ付きまな板」を使用したいと希望がありましたので 作製をお願いします。</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・くぎは端から5 cm、くぎとくぎの間隔は2 cm ・裏に滑り止めをまな板の角4か所につけてください ・くぎ用カバーをつけてください <p>※自助具の簡単なイラストと寸法も書いてください。</p>				