**福祉用具購入事前相談シート**　　　　　　　　区分：　再購入・複数購入・新規購入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入者 | 事業所名 |  |
| 氏　　　　名 |  | 連　絡　先 |  |
| 関　　　　係 | 本人・家族・担当介護支援専門員・地域包括支援センター職員・その他( ) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　　　名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住　　　　所 |  |
| 認定有効期間 |  | 介　護　度 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 購入を希望する福祉用具種目・商品 | (購入を希望する商品のカタログを添付すること） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再購入の場合 | 購入年月日 |  |
| 当時の要介護度 |  |

|  |
| --- |
| 福祉用具の購入が必要な理由　（書ききれない分は裏面へ記入） |
| ●再購入・複数購入の場合 ⇒購入の必要性が分かるような状態や、状況、経緯について詳細に記入すること●新規購入の場合　　　　　⇒①どのような病状・症状・身体状況か②どのようなことに困っているのか③用具の購入・使用によりどのように改善されるか、を詳細に記入すること |
|  |

※適否の判断には、時間を要する場合がありますので、予めご了承ください。

|  |
| --- |
|  |