

ケアマネジャー支援専門職相談業務・相談票

相談日 令和 年 月 日 相談時間 時 分 ~ 時 分  
 相談者 担 当 P T · O T · S T  
 利用者 様

	相談項目	相談内容	相談結果（専門職からの提案など）
住宅解消	<input type="checkbox"/> 手すり	<u>年齢</u> ：歳	
	<input type="checkbox"/> スロープ	<u>性別</u> ：男・女	
	<input type="checkbox"/> 段差解消	<u>世帯</u> ：独居・夫婦・その他	
	<input type="checkbox"/> 引き戸への扉の取替え	<u>障害高齢者自立度</u> ： (自・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)	
	<input type="checkbox"/> 便器の取替え	<u>認知症高齢者自立度</u> ： (自・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)	
	<input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更	<u>住環境</u> ：自宅・借家 一戸建・集合住宅 自室( )階	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす	<u>障がい等認定</u> ：	
	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 身障 ( )	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 療養 ( )	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 精神 ( )	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 難病 ( )	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<u>既往歴(現病歴む)</u> ：	
	<input type="checkbox"/> 手すり(工事が伴わないもの)		
	<input type="checkbox"/> スロープ(工事が伴わないもの)		
	<input type="checkbox"/> 歩行器		
	<input type="checkbox"/> 歩行補助杖		
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器		
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト		
	<input type="checkbox"/> 腰掛便座	<u>相談したいこと</u> ：	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
<input type="checkbox"/> 入浴補助用具			
<input type="checkbox"/> 簡易浴槽			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			