

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 PT ・ OT ・ ST
 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 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 引き戸への扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	年齢： 歳 性別： 男 ・ 女 世帯： 独居・夫婦・その他 障害高齢者自立度： (自・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症高齢者自立度： (自・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 住環境：自宅・借家 一戸建・集合住宅 自室()階	
福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <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 <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 ()	障がい等認定： <input type="checkbox"/> 身障 () <input type="checkbox"/> 療養 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 難病 () 既往歴(現病歴む)： 相談したいこと：	