

福祉用具試用評価表

〈返却予定日 月 日〉 No.

1 対象者についての情報

年齢	()歳代	性別	男性 ・ 女性
住所	大津市 ・ 湖南地域 ・ 甲賀地域 ・ 東近江地域 ・ 湖東地域 ・ 湖北地域 ・ 高島市		
評価時の状況	在宅 ・ 病院 ・ 施設		
利用制度等	・ 介護保険 要介護度() ・ 身体障害者手帳 等級()		
対象者のニーズ、身体状況、使用環境			

借用時記入

2 試用品選定理由(対象者に必要な福祉用具の機能、特徴)

--

3 評価者の情報

所属名			
氏名		連絡先電話番号	
事業所分類	福祉用具 ・ 居宅介護 ・ 訪問看護リハ ・ 高齢者施設 ・ その他()		
職種	福祉用具専門相談員 ・ 介護支援専門員 ・ PT ・ OT ・ 保健師 ・ 看護師 ・ その他()		

4 評価内容

用具名		※1適合	※2結果	適合状況(評価結果を具体的に記入してください)
用具名				
メーカー				
登録番号				
用具名				
メーカー				
登録番号				
用具名				
メーカー				
登録番号				

下記よりあてはまる番号を選んで、記入してください。

※1 適合	①すべて適合 ②本人と不適合 ③介護者と不適合 ④使用環境と不適合 ⑤他の用具と不適合 (複数選択可)
※2 結果	①導入 ②同じ機能を有する別の製品 ③見送り ④検討中 ⑤未使用