

**特定福祉用具購入理由書**

フリガナ  
被保険者氏名

**特定福祉用具** (必要なものを○で囲んでください。)

**【購入のみ】**

- ① 腰掛便座
- ② 特殊尿器
- ③ 入浴補助具
- ④ 簡易浴槽
- ⑤ 移動用リフトのつり具の部分
- ⑥ 排泄予測支援機器

**【貸与または購入(選択制)】**

- ⑦ 固定用スロープ
- ⑧ 歩行器 (歩行車を除く)
- ⑨ 単点杖 (松葉づえを除く)
- ⑩ 多点杖

必要な理由

・既往歴(日常生活に支障をきたす要因となった疾患や手術、入院歴など)

・治療中の疾患 (入院や通院の頻度など)

・現在の症状 (痛みや四肢の動きなど)

・日常生活での支障や不安な動作 (歩行動作、移動動作、立ち座り動作など)

・その福祉用具を利用して今後どのような日常生活を送りたいか

・購入を選択した経緯 (長期使用が見込まれることによる費用負担抑制など)

上記のような内容から「なぜその福祉用具が必要なのか」を記載してください。

(例) ○○という疾患により○年○月頃に入院、手術を受けた。その後遺症で○○部分に麻痺が残り、立ち座り動作が不安定で転倒の危険性が高い。シャワーチェアを使用して転倒を防止し、安全に入浴できる環境を整備することで、今後も自宅で自立した生活を維持していきたい。

上記理由により、福祉用具購入が必要であります。

年 月 日

居宅介護支援事業者名

介護支援専門員名

**◆選択制福祉用具の購入にあたって**

利用者等へのメリット及びデメリットの説明、選択に必要な情報の提供、専門職の意見を踏まえた提案等を十分に実施して検討しました。

はい  いいえ (理由: )

