特殊寝台及び特殊寝台付属品貸与のためのケアマネジメントシート

被保険者番号		対象者氏名	
住所　阿蘇市			電話番号
要介護度	要支援1　要支援2　経過的要介護　要介護1		
居宅介護支援事業所名	電話番号	介護支援専門員	

福祉用具貸与の種目	用具を必要とする理由（詳しく）
特殊寝台及び 特殊寝台付属品	（身体及び日常生活の状況）
	（必要性及び選定の理由）
	（貸与後の効果と改善）

サービス担当者会議判定欄

判定	要	判定理由:	
	否		
会議出席者	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名