【様式４】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**ノーリフティング導入見積表**

作成日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 利用者名 | 様 | 記入者名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介助内容  №【様式３】 | 上段：介助内容【様式３】  下段：具体的な介助内容【様式３】 | 現在の介助方法 | 利用者能力  【図１】 | 上段：取り入れたい方法  下段：福祉用具 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |

**※太枠は必ず記入してください。**

【様式４】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**ノーリフティング導入見積表　　記入例**

作成日　令和○年○月○日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム○○○荘 | 利用者名 | 愛媛　みきゃん　　　様 | 記入者名 | 鈴木　一郎 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介助内容  №【様式３】 | 上段：介助内容【様式３】  下段：具体的な介助内容【様式３】 | 現在の介助方法 | 利用者能力  【図１】 | 上段：取り入れたい方法  下段：福祉用具 |
| ① | 着衣時の移乗介助 | ２人で抱えて行う | ➎ | ２人で臥位のまま滑らせる |
| ベッド⇔ティルトリクライニング車いす | 移乗用スライディングボード |
| ① | 着衣時の移乗介助 | ２人で抱えて行う | ➏ | ２人で臥位のまま滑らせる |
| ベッド⇔ストレッチャー | 移乗用スライディングシート |
| ⑤ | ベッド上での移動 | １人の時は引きずって  ２～３人の時は持ち上げて行う | ➐ | １人または２人で滑らせる |
| 上方移動 | スライディングシート |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |

**※太枠は必ず記入してください。**