

軽度者の福祉用具貸与に関する確認依頼書

記入例

(宛先) 前橋市長 (介護保険課)

次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象外種目の貸与が特に必要であると判断したので、確認をお願いします。

計 す 面	事業所名	*****事業所	
被 保 険 者 情 報	要介護度	*****	被保険者番号
	申請	***** ・ 要介護 1 ・ 申請中	*****
	認定	***** 合 新規 ・ 変更 申請日(月 日)	*****
	期間	***** R*年 **月	*****

車いす及び車いす付属品、移動用リフト(段差解消機)の貸与の場合は、市への確認依頼書提出は不要です。

医師の医学的所見に基づいて、種目ごとに、該当する状態像を記載してください。(認定調査票の基本調査の結果を記載するものではありません。)

以下の項目については医師の医学的所見を基に記入し、

貸与が必要 な福祉用具 及び該当する 状態像	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	解のいずれかに支障がない者		
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(床走行型)	昇降座椅子はここで判断)		
利用者の 状態像	<input checked="" type="checkbox"/> i) 疾病その他の原因により、状態像が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に上記の状態像に該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)			
	<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当することが確実に見込まれる者(例:がん末期の急速な状態悪化)			
	<input type="checkbox"/> iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から上記の状態像に該当すると判断できる者(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)			
医学的所見の 詳細 及び確認方法	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席		
		<input type="checkbox"/> 電話(FAX)で聞き取り <input type="checkbox"/> 受診時に聞き取り <input type="checkbox"/> その他()		
	所見確認日	R3 年 4 月 10 日		
	医療機関名	〇〇病院	医師名	〇〇 〇〇
	疾病名等	パーキンソン病		
上記疾病を原因とした心身の状況等または身体への重大な危険性・重篤化の回避等医学的判断 パーキンソン病で内服加療中であるが、急激な症状の軽快・増悪が1日の中でも頻繁に起こり、起き上がり困難な状態が日に数回みられる。				
当該福祉用具が必要な理由として医師から確認した医学的所見を記載してください。				

医師の医学的所見に基づいて、i)からiii)までのいずれかに該当する利用者の状態像を記載してください。

貸与開始(予定)日	R3 年 4 月 15 日
-----------	---------------

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1~3表)又は介護予防サービス・支援計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点の写し(介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可) <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見の確認できる書類の写し(疾病名、症状等、必要な福祉用具、利用者の状態像が記載されていること)※ ※サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合には省略可
------	--

※市記入欄				受付印
課長	係長	係員	担当	

伺) 別紙様式第2号(案)のとおり福祉用具貸与の要否について決定し、通知してよろしいでしょうか。