

軽度者の福祉用具貸与に関する確認依頼書

(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。

計画する者担当	事業所名	〒
	事業所の所在地	
	電話番号	
	計画作成者氏名	

被保険者情報	被保険者氏名	被保険者番号		
	要介護度	要支援____・要介護____・申請中	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	申請中の場合	新規・変更 申請日(月 日)	現時点での区分変更申請予定の有無	有・無
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

以下の項目については医師の医学的な所見を基に記入し、その判断の根拠となった書類(写)を添付してください。

貸与が必要となる福祉用具及び該当する状態像	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input 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機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者		
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(床走行式・固定式)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(昇降座椅子)	<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者(昇降座椅子はここで判断)		
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便及び移乗が全介助を必要とする者		
利用者の状態像	<input 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)			
医学的所見の詳細方法及び所見	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input 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	年 月 日		
	医療機関名			医師名
	疾病名等			
	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			

貸与開始(予定)日	年 月 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	受付印
	<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"/> 医師の医学的な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	