

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。

計画	事業所名	*****事業所		
	事業所の所在地	〒*****		
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。				
保険者情報	要介護度	*****		
	申請認定	*****		
	要介護	*****		
要介護		*****		
申請		*****		
認定		*****		
期間		R*年 *月		
申請日		(月 日)		
新規・変更		*****		
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。)		*****		
以下の項については医師の医学的所見を基にしてください。				
貸与が必要となる福祉用具及び該当する状態像	☒ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	☒ 日常的に起き上がりが困難な者		
	☐ 床ずれ防止用具	☒ 日常的に寝返りが困難な者		
	☐ 体位変換器	☐ 日常的に寝返りが困難な者		
	☐ 認知症老人徘徊感知器	解のいずれかに支障がない者		
	☐ 移動用リフト(床走行型)	昇降座椅子はここで判断)		
	☐ 移動用リフト(昇降型)	昇降座椅子はここで判断)		
利用者の状態像	☐ 自動排泄処理装置	☐ 排便及び移乗が全介助を必要とする者		
	☒ 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)			
	☐ 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)			
医師的所見の詳細方法	☐ 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)			
	確認方法	☐ 主治医意見書 ☐ 医師の診断書 ☒ 診療情報提供書 ☐ サービス担当者会議に出席		
	所見確認日	R〇 年 〇 月 〇 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治療中であるが、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。				

貸与開始(予定)日	R〇 年 〇 月 〇 日
-----------	--------------

添付書類	☐ 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 ☐ 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) ☐ 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	受付印
------	--	-----