

軽度者(要支援1・2、要介護1)への 福祉用具貸与が必要となる理由書

| | | | | | | | |
|------------------|------|---------------------|------|--------|--------|--------|--------|
| 被 保 険 者 | 氏名 | | 年齢 | | 性別 | 男・女 | |
| | 要介護度 | 【要支援】 1 ・ 2 【要介護】 1 | 有効期間 | 自 至 | 年 年 | 月 月 | 日 日 |
| | 住所 | | | | | | |

上記の被保険者について、次の理由により福祉用具の貸与が必要です。

＜利用者の状態像及び貸与が必要な理由＞

| 福祉用具の品目 | 「第95号告示第25号のイ」該当項目 | 利用者の状態像 |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 | <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲に置ける移動の支援が特に必要と認められる者 | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第23号告示第19号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者 |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 | |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <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 | 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(つり具の部分を除く) | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がり困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を要する者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | |
| 福祉用具の貸与が必要な理由の詳細 (現在の身体の状態、何が・どのように困っているか、用具の貸与によってどう改善されるか等を、品目ごとに記載してください) | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

＜医師の医学的所見＞ ※主治医意見書、診断書等により確認できる場合は不要です。

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| 聴き取り日 | 年 月 日 |
| 聴き取り・確認内容 | ※面談その他の方法により担当医師から聴き取った内容を記載してください。 |
| | |
| | |
| 医療機関名 | (聴き取りを行った医師名) (診療科目) |

＜作成者＞

| | | | |
|------------|-------|-----------|---|
| 作成日 | 年 月 日 | 介護支援専門員氏名 | Ⓜ |
| 居宅介護支援事業者名 | 事業所番号 | | |

※①介護(予防)サービス計画(案)、②調査票又は審査会資料のうち、該当項目の調査結果がわかる部分の写しを添付してください。