

[様式1]

軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与に関する確認書

被保険者名		被保険者番号																	
フリガナ		<table border="1" style="width:100%; height:50px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table>																	
生年月日		要支援・要介護状態区分																	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3																	
被保険者住所																			
福山市 町 丁目 番 号 番地 電話番号 () -																			
福山市長様 （介護予防）福祉用具貸与をサービス計画に位置付ける必要があると判断しましたので、確認をお願いします。 年 月 日																			
届出者																			
区分		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 指定複合型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者																	
事業所の名称																			
所在地又は住所		(〒) 福山市 町 丁目 番 号 番地																	
サービス計画作成担当者名		印																	
電話番号		() -																	
貸与品目		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> その他 ()																	
貸与事業所名																			

医師の医学的な所見	
確認した資料名	
<input type="checkbox"/>	主治医意見書
<input type="checkbox"/>	医師の診断書
<input type="checkbox"/>	担当の介護支援専門員等が聴取した居宅（介護予防）サービス計画に記載する医師の所見
医療機関(医師)名	(医師名)
確認日	年 月 日
状態像	
<input type="checkbox"/>	i) 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「福祉用具を必要とする状態」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「福祉用具を必要とする状態」に該当するに至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「福祉用具を必要とする状態」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
疾病名	
心身の状態	

※ 例示以外にもi)～iii)の状態であると判断される場合もある。
 ※ 疾病名・心身の状況は確認した資料から転記して記載すること。

サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント		
サービス担当者会議	開催(照会)日	年 月 日
	出席(回答)者	

※参考「福祉用具を必要とする状態」

車いす 車いす付属品	・日常的に歩行が困難 ・日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる
特殊寝台 特殊寝台付属品	・日常的に起き上がりが困難 ・日常的に寝返りが困難
床ずれ防止用具 体位変換器	・日常的に寝返りが困難
認知症老人徘徊感知機器	・意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障があり、移動において全介助を必要としない
移動用リフト (つり具の部分を除く。)	・日常的に立ち上がりが困難 ・移乗が一部介助又は全介助を必要とする ・生活環境において段差の解消が必要と認められる
自動排泄処理装置	・排便が全介助を必要とする ・移乗が全介助を必要とする

※福山市記入欄(この欄は記入しないでください。)

受付	確認印
介護保険課 支所	
受付者名	
認定状況	
<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3	
有効期間	
	年 月 日から 年 月 日まで