


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 カイゴ タロウ ..... 介 護 太 郎		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
生年月日		要支援・要介護状態区分	
1 9 3 5 年 1 月 1 日		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" 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 東桜 町 丁目 3 番 5 号 番地 電話番号 (084) 928-1166			
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 checked="" 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	居宅介護支援事業所○○		
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	福 山 花 子 		
電話番号	( 0 8 4 ) * * * - * * * *		
貸与品目	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input checked="" 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 checked="" 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	〇〇〇〇病院（医師名 〇〇〇〇）
確認日	〇年 〇月 〇日
状態像	
<input checked="" 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	パーキンソン病
心身の状態	Lドーパ内服に効果があり内服治療を継続しているが、朝方は動きにくく、起き上がりや寝返りが困難となっている。

※ 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 〇年 〇月 〇日
	出席（回答）者 ご利用者様 ・ ご家族様 ・ 居宅介護支援事業所〇〇担当〇〇〇〇 ・ 福祉用具貸与事業所〇〇〇〇担当〇〇〇〇

※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	受付 介護保険課 ・ 支所 受付者名	確認印
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	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	
床ずれ防止用具 体位変換器	・ 日常的に寝返りが困難	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
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		