

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	・日常的に起きあがり困難 ・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
生活福祉課 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