



医師の医学的な所見	
確認資料	<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ドーバ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、及びアセスメント等の確認状況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	
貸与開始日	〇年〇月〇日
[事後届出の場合] <input type="checkbox"/> 速やかな介護サービス提供の必要性 <input type="checkbox"/> 介護度決定後 <input type="checkbox"/> その他（ ）←※特段の事情がない場合、確認資料を添付	
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 ・福祉用具貸与事業所〇〇 担当〇〇

※ 確認資料：医師の医学的所見を確認した資料の写し、及び福祉用具が必要と判断したサービス担当者会議に係る資料の写し

福祉用具を必要とする状態 ※認定調査結果で該当する場合は確認書不要	
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】

受付	
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～	年 月 日
(確認印)	