

軽度の要介護者に対する福祉用具貸与に係る確認書(別紙1)

大田市長 様

対象者			
被保険者番号		被保険者氏名	
要介護(支援)状態区分(いずれかに○)		要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3	
福祉用具貸与の計画期間			
年 月		～ 年 月	
対象福祉用具・該当例外規定(該当に○)			
車いす及び車いす付属品		日常的に歩行が困難な者	
		日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	
特殊寝台及び特殊寝台付属品		日常的に起き上がりが困難な者	
		日常的に寝返りが困難な者	
床ずれ防止用具及び体位変換器		日常的に寝返りが困難な者	
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る者	
		移動において全介助を必要としない者	
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な者	
		移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	
		生活環境において段差の解消が必要と認められる者	
自動排泄処理装置		排便が全介助を必要とする者	
		移乗が全介助を必要とする者	
医師の意見(医学的な所見)の確認方法			
医療機関・主治医		確認年月日	
対象者の状態 (いずれかに○)	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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態 II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる状態 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対象福祉用具が必要な状態		
確認方法 (いずれかに○)	文書による確認 担当者会議への出席 ケアマネによる聞き取り	添付書類 (いずれかに○)	主治医意見書 医師の診断書 担当者会議の記録 聞き取りの記録書
サービス担当者会議の概要			
参加者		開催年月日	
		担当者会議の記録	別添のとおり
適切なケアマネジメント(居宅《介護予防》サービス計画上の位置づけ)			
居宅サービス計画書(1)・(2)表の写し 介護予防サービス支援計画書の写し		別添のとおり	

以上のとおり相違ありませんので確認してください。

事業所名: _____

ケアマネ氏名: _____

市確認欄