

軽度者への福祉用具貸与状況確認兼届出書

被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名	
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
貸与品目	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <small>(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)</small>	貸与開始予定年月日	年 月 日
		※ 提出が遅れた場合は、遅延理由の欄を記入してください。	

基本調査項目の確認日	年 月 日
-------------------	-------

医師の医学的な所見に基づく判断の根拠	
必要性を判断した 医師	病院名
医師の医学的な所見 (被保険者の状態像)	<input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日に日に該当する者 <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間で該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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厚生労働大臣が定める者のイに該当すると判断できる者
医学的な判断の確認	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> その他医師の所見がわかるもの <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 ()
確認日	年 月 日

必ず医師が判断し、判断の根拠となった記録と被保険者の状態像がいずれかに該当することが必要です。

軽度者であっても、基本調査項目の結果によっては、例外的に福祉用具の貸与が可能です。必ず確認をしてください。

サービス担当者会議の開催状況等	
サービス担当者会議開催日	年 月 日
ケアプラン作成者	
居宅(介護予防)支援事業所名	連絡先
事業所番号	

医師や福祉用具専門相談員のほか、軽度者の状態像について適切な助言が可能な方に参加していただき、適切なケアマネジメントにより、福祉用具の必要性について検討してください。

※ 添付書類	
ア) 医学的な判断の確認をした書類	
イ) サービス担当者会議の要点(第4表)	
介護予防支援経過記録	

遅延項目	遅延理由(具体的に記入)
<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 退院と同時に必要 <input type="checkbox"/> 状態像の急変 <input type="checkbox"/> その他 ()	
貸与開始年月日 年 月 日	

【市確認欄】 記入しないでください。

結果の連絡		備考					収受印
令和 年 月 日							
状況確認日	貸与の必要性	課長	主幹	係長	係	受付	
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要						