

担当1	担当2	係長	課長

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

年 月 日

1 介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者

事業所名			
所在地	〒		
担当者		電話番号	

2 被保険者情報

被保険者氏名		被保険者番号	
要介護度	<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 <input type="checkbox"/> 申請中		

3 医師の医学的な所見等

医師への確認日	① 年 月 日				
確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の所見 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員による医師からの所見聴取記録 いずれの書類も該当する状態※に関する記述がない場合は無効となります				
医療機関名			医師名		
確認を必要とする福祉用具、状態像及び該当する状態	福祉用具	状態像	該当する状態※ ○を記入してください。		
			i	ii	iii
	車いす及び車いす付属品	日常的に歩行が困難な者			
	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	日常的に寝返りが困難な者			
	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、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ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			
自動排泄処理装置	日常的に排便及び移乗が困難な者				
※該当する状態 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、頻繁に上記の状態像に該当する者 ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者 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上記の状態像に該当すると判断できる者					

4 サービス担当者会議開催日及び貸与開始日

開催日	② 年 月 日	貸与開始日	③ 年 月 日
-----	---------	-------	---------

※日付は①→②→③の順番になるようにしてください。順番が前後している場合は提出を認められません。  
ただし、①→②=③、①=②=③のように同日でも問題ありません。

※添付書類  
・医師の医学的な所見の確認書類：主治医意見書、診断書または所見聴取記録(写しも可)  
・サービス担当者会議の要点の写し