

## 介護支援専門員による医師からの所見聴取記録

聴 取 年 月 日	年                      月                      日
聴 取 方 法 <small>(いずれかに○をつけてください)</small>	口頭・電話・FAX
医 師 氏 名	
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	
医療機関連絡先	

フリガナ	
被保険者氏名	

### 聴取内容

福祉用具の利用が必要な状態像	<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、頻繁に表(裏面)の状態像に該当する者 <input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表(裏面)の状態像になることが確実に見込まれる者 <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、表(裏面)の状態像に該当すると判断できる者
利用が必要な福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <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"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)

居宅介護(介護予防)支援事業所名

電話番号

介護支援専門員氏名

---



---



---

対象種目	状態像
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活の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 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがりが困難な者 (二) 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器	次のいずれにも該当する者 (一) 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 (二) 移動において全介助を必要としない者
移動用リフト (つり具部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 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 (尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者