

(あて先)八戸市長

下記の軽度者に係る福祉用具貸与の要否について確認願います。

初回・2回目以降(前回確認日 年 月 日)

対象者名 _____
 要介護状態区分 _____ 要支援()・要介護()
 被保険者番号 _____

○利用者の状態像(i～iiiのいずれかに○をつけてください。)

- 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイ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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者
 ※利用者等告示第31号のイについては下記参照のこと

○利用者の状態像が i～iiiのいずれかに該当する医師の所見

情報収集日 _____ 年 月 日
 (意見書、診断書は記載日)
 医療機関名 _____
 医師名 _____
 添付書類
 (1～5のいずれかに○をつけてください)
 1.主治医意見書
 2.医師の診断書
 3.担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見
 4.担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見
 5.その他()

○福祉用具貸与を特に必要とする判断

サービス担当者会議等実施日 _____ 年 月 日
 添付書類 _____ サービス担当者会議等の記録

○福祉用具貸与開始日及び種目

_____ 年 月 日 ・ (種目)
 指定居宅介護(予防)支援事業所名 _____
 担当者名 _____

※上記の事項について居宅(介護予防)サービス計画書に記載、もしくは写しを計画書に併せて保存してください。また、指定(介護予防)福祉用具貸与事業所より当該軽度者にかかる情報について確認の依頼があったときには、利用者の同意を得て、情報提供してください。

※利用者等告示第31号イに該当する者

種 目	一 定 の 条 件
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ○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	次のいずれかに該当する者 ○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	次のいずれにも該当する者 ○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。)	次のいずれかに該当する者 ○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	次のいずれにも該当する者 ○ 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