

軽度者に対する福祉用具貸与の確認書

新宿区 介護保険課長あて

年 月 日

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	000
	住 所			
	要介護度	要支援1・要支援2・要介護1 ・要介護( )	電話番号	
	認定有効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
介護予防支援事業 居宅介護支援事業	事 業 所 <small>(要支援の場合の委託先)</small>	( )		
	ケアマネジャー <small>(要支援の場合の委託先)</small>	( )	電話番号	
現在の状態 (該当するもの✓)	<input type="checkbox"/> 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つて、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要になることが確実に見込まれる。 <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病状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。			
医師の医学的な 所見が確認できる 書類	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師からの聞き取りにより作成した記録			
適切なケアマネジメ ントの実施	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催した又はサービス担当者あて照会した <input type="checkbox"/> アセスメントを実施した <input type="checkbox"/> ケアプランに位置づけている			
貸与品目	<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器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
備 考				
区確認欄	確認日                    年    月    日 算定の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 貸与開始月            年    月 区担当氏名			

注 サービス担当者会議等で貸与が必要な理由を見直したり、区分変更、更新認定で貸与品目等に変更が生じた場合、再度確認書等の提出が必要です。ただし、確認書提出後も継続して同一の福祉用具貸与が必要と判断した場合は、ケアプランにその旨記録し確認書の提出は不要です。

軽度者に対する福祉用具貸与に関する医師の所見

年 月 日

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	000
	要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 ( )		
介護予防支援事業所 居宅介護支援事業所	事 業 所 (要支援の場合の委託先)	( )		
	ケアマネジャー (要支援の場合の委託先)	( )	電話番号	
主 治 医	医療機関名		医師氏名	
	住 所			
聞き取り内容 (疾病や現在の状態 像、福祉用具貸与に関 連する症状など)				
貸与品目	<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器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
備 考				

(聞き取りを行った年月日 年 月 日)