

# 軽度者に対する福祉用具貸与を必要とする理由書

大洲市長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号		状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1
被保険者氏名			
認定有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日

## 貸与を必要とした福祉用具及び本人の状態

確認を必要とする福祉用具 及び 該当する状態像	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者
	<input type="checkbox"/> 車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 体位変換機	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機	<input type="checkbox"/> 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り、かつ移動において全介助を必要としない者
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差解消が必要と認められる者	

## 医師の医学的な所見等

利用者の状態像	<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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者
	<input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 医師からの文書
医療機関名	医師名
確認日	令和 年 月 日 (文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日)

## サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント

開催日	令和 年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 医師からの文書

## 保険者記入欄

受付日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を必要と判断する <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を不必要と判断する
記入者	大洲市役所高齢福祉課	