

富士宮市長 宛

(確認依頼者) 事業所名

担当者名

所在地

軽度者に係る福祉用具貸与の確認依頼書

軽度者に係る（介護予防）福祉用具貸与について、次のとおり福祉用具の貸与が必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

フリガナ		被保険者番号																																	
被保険者氏名		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">要介護度</td> <td colspan="7">要支援(1・2) 介護1</td> </tr> </table>																						要介護度					要支援(1・2) 介護1						
要介護度					要支援(1・2) 介護1																														
貸与品目等	品目	ア 車いす及び車いす付属品 イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 エ 認知症老人徘徊感知器 オ 移動用リフト（つり具の部分を除く） カ 自動排泄処理装置 (該当する項目に○)																																	
	開始年月日	令和 年 月 日																																	
	貸与事業者																																		
	事業者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																	
医学的所見	該当する状態	<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、頻繁に第23号告示第19号のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象) <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化) <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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎等の回避)																																	
	意見を求めた担当医又は主治医意見書を記載した医師	氏名																																	
		医療機関名																																	
			電話 () -																																

- ※添付資料(1) 主治医意見書、診断書又は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等
 (2) 居宅サービス計画書（1～4表）又は介護予防サービス・計画書の写し
 (3) サービス担当者会議記録の写し
 (4) アセスメントシートの写し

市記入欄	確認結果	確認 ・ 否認	決裁	令和 年 月 日		
	理由		課長	係長	課員	担当