

# 軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

令和 年 月 日

朝霞市長 宛

下記により、福祉用具貸与が必要と思われるので確認をお願いします。

## 1 確認を依頼する介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者

|         |   |      |  |
|---------|---|------|--|
| 事業者名    |   |      |  |
| 所在地     | 〒 |      |  |
| 計画作成担当者 |   | 電話番号 |  |

## 2 被保険者情報

|        |                             |  |        |         |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-----------------------------|--|--------|---------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 |                             |  |        |         | 被保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度   | 要支援1 要支援2<br>要介護1 要介護2 要介護3 |  | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ |        | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 3 医師の医学的な所見等

|   |  |  |     |    |                        |
|---|--|--|-----|----|------------------------|
| 医師への確認日   | 令和 年 月 日   |  |     |    |                        |
| 確認方法  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(職員)による医師からの聴取 |  |     |    |                        |
| 医療機関名   |  |  | 医師名 |    |                        |
| 疾病その他の原因  |  |  |     |    |                        |
| 心身の状況等  |  |  |     |    |                        |
| 確認を必要とする福祉用具、状態像及び該当する状態  | 福祉用具   | 状態像  |     |    | 該当する状態※<br>○を記入してください。 |
|   |  |  | i   | ii | iii                    |
|   | 車いす及び車いす付属品  | 日常的に歩行が困難な者  |     |    |                        |
|   | 特殊寝台及び特殊寝台付属品  | 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  | 日常的に寝返りが困難な者                                       |     |    |                        |
|   | 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  | 意思の伝達、介助者への反応、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 |     |    |                        |
| 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く)   | 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  |  |     |    |                        |
| 自動排泄処理装置  | 日常的に排便及び異常が困難な者  |  |     |    |                        |
| ※該当する状態<br>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、頻繁に上記の状態像に該当する者<br>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者<br>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上記の状態像に該当すると判断できる者 |  |  |     |    |                        |

## 4 サービス担当者会議開催日及び貸与開始日

|     |          |       |          |
|-----|----------|-------|----------|
| 開催日 | 令和 年 月 日 | 貸与開始日 | 令和 年 月 日 |
|-----|----------|-------|----------|

※添付書類

- ① 医師の医学的な所見の確認書類: 主治医意見書、診断書または所見聴取記録の写し
- ② 介護予防サービス・支援計画書(1~3)の写し及び介護予防支援経過記録またはサービス担当者会議の要点の写し(要支援1、要支援2の場合)
- ③ 居宅サービス計画書(第1表、第2表、第4表)の写し(要介護1の場合)