

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の聴取記録用紙

基本情報	被保険者氏名		被保険者番号																	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1																		
	認定有効期間	年 月 日 ~									年 月 日									
確認者	確認方法	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話																		
	確認日	令和 年 月 日																		
	確認事業所名																			
	確認者氏名																			
主治医	医療機関所在地																			
	医療機関名																			
	医師名																			
	電話番号																			
医師の医学的所見	疾病その他の原因																			
	心身の状況等	上記の疾病その他の原因により <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに <input type="checkbox"/> 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 下記の状態像に該当する。																		
	該当する状態像	<input type="checkbox"/> 歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 寝返りが困難な者 <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る者で、かつ、移動において全介助を必要としない者 <input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者																		
	必要と思われる福祉用具	上記の疾病その他の原因、心身の状況等及び状態像により <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換機器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。） が必要と思われる。																		