

# 軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書

(あて先) 松江市長

申請時点での認定段階に○印をつける。認定申請中の場合は「申請中」に○印をつける

対象者			
被保険者番号		被保険者氏名	
要介護(支援)状況	ケアプランの長期目標を記入する	要支援1	要支援2 要介護1 申請中
要介護		貸与計画期間	
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
対象福祉用具・該当項目(付帯)			
車椅子及び車椅子付属品			の支援が特に必要
特別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	
床ずれ防止用具及び体位変換器		日常的に寝返りが困難な者	
認知症老人徘徊感知器		意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障のある者	
		移動において全介助を必要としない者	
移動用リフト(つり具の部分を除く)		日常的に立ち上がりが困難な者	
		移乗が一部介助または全介助を必要とする者	
		生活環境において段差の解消が必要と認められる者	
自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)		排便において全介助を必要とする者	
		移乗において全介助を必要とする者	
医師の意見(医学的な所見)の確認方法			
医療機関・主治医		確認年月日	年 月 日
対象者の状態(いずれかに○)	I 持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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態 II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる状態 III 疾病その他の回避等医学的	医師の意見が確認できる書類を添付し、該当の項目に○印をつける	症状の重篤化の
確認方法(いずれかに○)	文書による確認 担当者会議への出席 ケアマネによる聞き取り	添付書類(いずれかに○)	主治医意見書 医師の診断書 担当者会議の記録 聞き取りの記録書
サービス担当者会議の概要			
参加者		開催年月日	年 月 日
		担当者会議の記録	別添のとおり
適切なケアマネジメント(居宅サービス上の位置づけ)			
居宅サービス計画書(1)・(2)の写し		別添のとおり	

該当品目に○印をつける

基本調査の結果または医師の意見で該当となった項目に○印をつける

床ずれ防止用具及び体位変換器

医師の意見が確認できる書類を添付し、該当の項目に○印をつける

以上のとおり相違ありませんので確認してください。

事業所名：  
 ケアマネ氏名：

松江市 確認欄	要・不要
------------	------