

寒河江市介護保険 福祉用具貸与にかかる確認票 届 出 日 年 月 日

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 <input type="checkbox"/> その他( )				
認 定 有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				
必 要 と す る 福 祉 用 具	厚生労働大臣が定める者(厚生労働省令平成12年第23号告示第19号)イ				
	次のいずれか該当する者を選択してください ただし、(エ)・(カ)は(一)と(二)の両者を選択		基本調査の直近の結果を確認し、該当する場合に選択してください (※1)		
<input type="checkbox"/> (ア) 車いす及び 車いす付属品	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に歩行が困難な者		<input type="checkbox"/> 基本調査1-7 「3. できない」		
	<input type="checkbox"/> (二) 日常生活範囲における移動の支援が 特に必要と認められる者		<input type="checkbox"/> — *主治医から得た情報及びサービス 担当者会議を通じた判断が必要		
<input type="checkbox"/> (イ) 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に起きあがり困難な者		<input type="checkbox"/> 基本調査1-4 「3. できない」		
	<input type="checkbox"/> (二) 日常的に寝返りが困難な者		<input type="checkbox"/> 基本調査1-3 「3. できない」		
<input type="checkbox"/> (ウ) 床ずれ防止用具 及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		<input type="checkbox"/> 基本調査1-3 「3. できない」		
	<input type="checkbox"/> (一) 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		<input type="checkbox"/> 基本調査3-1 「1. できる」以外 <input type="checkbox"/> 基本調査3-2~3-7のいずれか 「2. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査3-8~4-15のいずれか 「1. ない」以外 <input type="checkbox"/> 主治医意見書において、認知症のある旨が記載 されている		
<input type="checkbox"/> (エ) 認知症老人 徘徊感知器	<input type="checkbox"/> (二) 移動において全介助を必要としない者		<input type="checkbox"/> 基本調査2-2 「4. 全介助」以外		
	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に立ち上がりが困難な者		<input type="checkbox"/> 基本調査1-8 「3. できない」		
<input type="checkbox"/> (オ) 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要と する者		<input type="checkbox"/> 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」		
	<input type="checkbox"/> (三) 生活環境において段差の解消が必要 と認められる者		<input type="checkbox"/> — *主治医から得た情報及びサービス 担当者会議を通じた判断が必要		
<input type="checkbox"/> (カ) 自動排泄処理 装置	<input type="checkbox"/> (一) 排便が全介助を必要とする者		<input type="checkbox"/> 基本調査 2-6 「4. 全介助」		
	<input type="checkbox"/> (二) 移乗が全介助を必要とする者		<input type="checkbox"/> 基本調査 2-1 「4. 全介助」		
サービス担当者会議を通じた判断がされた場合に記載してください			基本調査の結果でイを確認できた場合に記載してください		
担 当 者 会 議 開 催 日	年 月 日		認 定 調 査 日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議録の添付		認 定 調 査 場 所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等	
医師から得た情報・医学的所見の確認が必要な場合に記載してください					
医 師 から 得 た 情 報 ・ 医 学 的 所 見 の 確 認	確 認 日	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> その他( )				
	(基本調査により上記イが 確認できない場合に記載 が必要です。 書面により確認した場合は 写しを添付してください。             )				
医 療 機 関				医 師 名	
医 師 の 医 学 的 な 所 見 に 基 づ く 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、頻繁に第95号告示 第25号のイに該当する者				
	<input type="checkbox"/> ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当する 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第95 号告示第25号のイに該当すると判断できる者				
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 利用 )				
	<input type="checkbox"/> 「介護予防サービス・支援計画書」又は「居宅サービス計画書1・2表」の添付				
指定居宅介護(予防)支援事業所名			担当者名		

※この書類を2部作成し、1部は寒河江市に提出し、1部はサービス記録と併せて保存してください。また、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る情報について確認の依頼があった時には、利用者の同意を得て、この書類を交付することができます。

寒 河 江 市 確 認 欄	
---------------------------------	--