軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認依頼書

年　　月　　日

（あて先）茅ヶ崎市長

事業所番号

所在地

事業所名　　印

担当者氏名

連絡先　　（　　）

医師の医学的所見とサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントに基づき、軽度者に対する福祉用具貸与の確認を依頼します。

被保険者	被保険者番号		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年　月　日
	フリガナ			
	氏　名		年　齢	歳
	住　所 電話番号	〒253－00 茅ヶ崎市　　電話　（　　）		
要介護状態区分	要支援　１　２　要介護　１　２　３		認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日
福祉用具の種類及び理由	□ 車いす及び車いす付属品	（歩行困難）		
	□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	（起きあがり困難 ・ 寝返り困難）		
	□ 床ずれ防止用具及び体位変換器	（寝返り困難）		
	□ 認知症老人徘徊感知機器	（意思伝達等に支障）		
	□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	（立ち上がり困難 ・ 移乗の介助必要）		
	□ 自動排泄処理装置	（排泄困難 ・ 移乗の介助必要）		
貸与事業所	事業所名			
	事業所番号			
医師の医学的所見	□ 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（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）			
	□ 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（例：がん末期の急速な状態悪化等）			
	□ 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（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の回避等）			
介護支援専門員の意見				
添付書類	□ 居宅サービス計画書（1）（2）		受付印	
	□ サービス担当者会議の要点記録			
	□ 認定調査票の直近の基本調査（写）			
	□ 医師の医学的な所見を確認できる書類			