

軽度者に対する福祉用具貸与確認依頼書

年 月 日

藤 沢 市 長

事業所名
事業所番号
担当者氏名
連絡先

医師の医学的な所見とサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントに基づき、次のとおり福祉用具貸与が特に必要であると判断したので、軽度者に対する福祉用具貸与について確認を依頼します。

被保険者氏名		被保険者番号	
被保険者住所	〒 (連絡先)		
要介護状態区分等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
福祉用具の種類	<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） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみ自動的に吸引する機能のものは除く） ※要介護3までが軽度者対象		
貸与開始希望年月日	年 月 日		
貸与をする事業者	事業所名		事業所番号
医師の医学的な所見 (被保険者の状態像)	<input type="checkbox"/> 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94号告示第31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）		
	<input type="checkbox"/> 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94号告示第31号のイに該当するに至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）		
	<input type="checkbox"/> 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な判断から第94号告示第31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）		
①医師の医学的な所見確認方法	医療機関・主治医		
	確認日	年 月 日	
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 電話での聞き取り <input type="checkbox"/> 受診時に聞き取り <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席	
②サービス担当者会議開催日	年 月 日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書又は医師の診断書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議等の要点【第4表】又は介護予防支援経過記録 ※サービス担当者会議等の記録に医師の医学的な所見による判断が明記されている場合は、主治医意見書又は診断書の添付を省略することができます。		
保険者記入欄			
課 長	主 幹	課長補佐	主 査
			担 当
			審 査
			入 力
			交 付
要否の区分	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を必要と判断する。 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を不必要と判断する。		

【品目ごとに掲げる状態】

- ① 車いす及び車いす付属品
 - ア 日常的に歩行が困難な者
 - イ 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

- ② 特殊寝台及び特殊寝台付属品
 - ア 日常的に起き上がりが困難な者
 - イ 日常的に寝返りが困難な者

- ③ 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

- ④ 認知症老人徘徊感知器
 - ア 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - イ 移動において全介助を必要としない者

- ⑤ 移動用リフト
 - ア 日常的に立ち上がりが困難な者
 - イ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
 - ウ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者

- ⑥ 自動排泄処理装置
 - ア 排便が全介助を必要とする者
 - イ 移乗が全介助を必要とする者

提出前のチェック表

- (1) 「藤沢市介護認定関係書類交付要領」に基づき、その写しを入手して【例外その1】
【例外その2】【例外その3】のどれに該当するか確認しましたか？

- (2) 医師の医学的所見の収集をしましたか？
 - ア) 主治医意見書による収集
 - イ) 医師の診断書による収集
 - ウ) 医師からの聴取することによる収集

- (3) 医師の医学的所見の収集後にサービス担当者会議を開催していますか？

- (4) 確認依頼書を市に提出する前に、「軽度者に対する福祉用具の取り扱い」
の通知と「Q&A」を確認しましたか？